ETUDE CLINIQUE

SUR LES

TUMEURS DES OS DU BASSIN

ET SUR

L'OSTÉOSARCOME EN PARTICULIER

PAR

Alex.-Eugène HAVAGE

Docteur en médecine de la Faculté de Paris,
Ancien interne en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Paris,
Médaille de bronze de l'Assistance publique
Membre de la Société Anatomique.

PARIS
OCTAVE DOIN, ÉDITEUR
8. PLACE DE L'ODEON, 8

1882

ETUDE CLINIQUE

SUR LES

TUMEURS DES OS DU BASSIN

ET SUR

L'OSTÉOSARCOME EN PARTICULIER

PAR

ALEX.-EUGÈNE HAVAGE

Docteur en médecine de la Faculté de Paris,
Ancien interne en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Paris,
Médaille de bronze de l'Assistance publique,
Membre de la Société Anatomique.

PARIS
OCTAVE DOIN, ÉDITEUR
8, PLACE DE L'ODEON, 8

1882

ÉTUDE CLINIQUE

SUR LES

TUMEURS DES OS DU BASSIN

ET SUR

L'OSTÉOSARCOME EN PARTICULIER

INTRODUCTION.

Quelques faits d'ostéosarcome du bassin que nous avons observés personnellement nous ont donné l'idée de rechercher et de rassembler les faits analogues épars dans la littérature médicale, de les étudier au point de vue clinique et d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale. Notre excellent maître, M. le professeur Duplay, nous a encouragé dans cette voie : qu'il nous permette de le remercier aujourd'hui et de la bienveillance et du précieux enseignement que nous avons trouvés près de lui.

Si l'on fait exception pour le mémoire classique de Dolbeau sur les enchondromes pelviens, on ne trouve que fort peu de choses concernant la pathologie des tumeurs des os du bassin. Il n'y a guère que les accoucheurs qui se soient

préoccupés de ces tumeurs : mais comme ils avaient seulement en vue l'obstacle qu'elles pouvaient apporter à la parturition, ils s'ensuit qu'ils ne les ont étudiées que comme causes de dystocie et ne nous ont donné aucun renseignement sur leur mode de début, leurs symptômes et leur évolution clinique. D'un autre côté, les classiques sont d'une concision extrême : une page ou deux tout au plus sont consacrées à ces tumeurs dans le Traité de pathologie externe de Follin et Duplay, ou dans les grands dictionnaires (article Bassin, par Courty, et article Aine, par Verneuil, du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales ; article Fosse iliaque, par Després, du Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques).

Et pourtant les tumeurs osseuses du bassin sont loin d'être rares, l'ostéosarcome surtout, dont nous avons pu recueillir 54 cas, et qui est au moins aussi fréquent à lui seul que toutes les autres tumeurs réunies. On peut donc s'étonner à bon droit qu'il n'ait jamais fait l'objet d'une étude spéciale.

C'est cette lacune que, dans la limite de nos faibles forces, nous essaierons de combler. Nous avons dû, pour en arriver là, faire de longues recherches bibliographiques et dépouiller un grand nombre d'observations, mais nous estimons que notre but sera atteint si, à défaut d'une dissertation brillante, nous avons pu faire un travail utile.

Notre intention était tout d'abord de limiter ce travail à l'étude de l'ostéosarcome du bassin, mais nous avons cru préférable de consacrer quelques courts chapitres aux autres tumeurs osseuses ; de cette façon, les symptômes et la marche de chacune de ces tumeurs ayant été étudiés séparément, il sera plus facile de faire un chapitre de diagnostic général, de pronostic et de traitement.

Toutefois c'est l'ostéosarcome qui sera la partie la plus importante de notre travail. Mais, avant d'aller plus loin, il est nécessaire que nous disions ce que nous entendons par *ostéosarcome*.

Nous prenons le terme ostéosarcome dans son acception la plus large ; pour nous, il sera synonyme de tumeur maligne des os, de tumeur susceptible de récidiver et de se généraliser. C'est ainsi d'ailleurs qu'on l'entend ordinairement en clinique. Nous y ferons rentrer les tumeurs dites tumeurs pulsatiles des os, car non seulement les cliniciens, mais les anatomo-pathologistes sont à peu près d'accord aujourd'hui pour admettre que ces tumeurs sont simplement une variété de sarcome ; et, dans le cas particulier, nous sommes d'autant plus autorisé à faire cette confusion que sur 5 cas de tumeurs pulsatiles de l'os iliaque que nous avons rencontrés, il y en a quatre au moins qui, après vérification nécroscopique, ont été reconnus pour des encéphaloïdes.

Nous ne ferons donc pas de distinction entre les différentes variétés du sarcome des os ; nous les engloberons toutes dans la même dénomination. De plus, nous ne réserverons dans notre travail qu'une place très restreinte à l'anatomie pathologique et cela pour deux raisons : la première, c'est que, dans la plupart des observations, les auteurs se bornent à dire que la tumeur était un cancer ou une tumeur maligne et ne donnent que fort peu de détails sur sa structure intime ; la seconde, c'est que nous nous sentons incompétent pour discuter des questions d'histologie pathologique auxquelles nos études ne nous ont pas suffisamment préparé. C'est pourquoi nous avons trouvé plus sage de nous en tenir à une *étude clinique*.

Nous décrirons successivement, dans autant de cha-

pitres, les ostéosarcomes, les exostoses, les enchondromes, les fibromes et les kystes hydatiques ; puis nous ferons un chapitre de diagnostic qui nous permettra de faire saisir les points de contact et les différences que ces tumeurs présentent entre elles ; viendront ensuite un chapitre de pronostic et un chapitre de traitement.

Comme pièces justificatives, nous donnerons un résumé très succint des nombreuses observations qui ont servi de base à ce travail. Nous n'en rapporterons in extenso qu'un fort petit nombre et principalement celles qui sont inédites ou celles qui, publiées à l'étranger, n'ont pas encore été, que nous sachions, traduites en français.

Avant d'aller plus loin, nous nous faisons un devoir de remercier tous nos maîtres des hôpitaux et en particulier notre cher maître et ami M. Th. Anger, chirurgien de l'hôpital Cochin, qui, depuis dix ans, n'a cessé de nous éclairer de ses conseils et de nous honorer de sa bienveillance et de son amitié.

OSTÉOSARCOMES.

ÉTIOLOGIE.

Nous étudierons successivement l'influence des causes prédisposantes et celle des causes déterminantes.

I. *Causes prédisposantes.*

Sexe. — Nous trouvons dans nos relevés 29 cas de tumeurs malignes des os du bassin, appartenant au sexe masculin, et 25 au sexe féminin ; autant vaut dire que les deux sexes y sont également prédisposés.

Il y a là une particularité bien digne d'attirer l'attention. Nous savons, en effet, que le sarcôme des os des membres est presque deux fois plus fréquent chez l'homme que chez la femme (Schwartz) ; il en est de même du sarcome de la clavicule (Chevalier) ; enfin, le sarcome de l'omoplate, c'est-à-dire d'un os qui présente avec l'os iliaque une certaine analogie, est également plus fréquent chez l'homme, mais dans une proportion moindre, cependant, que le sarcome des os des membres et de la clavicule (Demandre).

Quelles sont donc les conditions qui mettent la femme sur le pied de l'égalité avec l'homme dans la répartition des tumeurs malignes des os du bassin ? Pour nous, il n'est pas douteux qu'on doit les chercher dans le rôle important que joue le bassin chez la femme, dans les modifications

que lui fait subir la grossesse, dans les contusions ou les traumatismes plus ou moins violents et plus ou moins répétés auxquels l'expose le travail de l'accouchement. C'est d'ailleurs un point sur lequel nous aurons à revenir en parlant de l'influence de la grossesse.

Age. — En ce qui touche l'influence de l'âge, nous arriverons à des conclusions diamétralement opposées à celles de Gross (de Philadelphie) et de Schwartz. Tandis que le premier de ces auteurs trouve que 68 p. 100 des ostéosarcomes des membres se développent avant 30 ans, et 32 p. 100 après cet âge, et que le second trouve un chiffre un peu inférieur, mais sensiblement le même (60 p. 100 avant 30 ans), c'est au contraire à partir de 30 ans que nous voyons les tumeurs malignes osseuses du bassin acquérir leur plus grande fréquence. Excessivement rare avant l'âge de 16 ans, puisque nous n'en avons trouvé que deux cas, l'un chez un enfant de 6 mois, l'autre chez un enfant de 10 ans, l'ostéosarcome est encore peu fréquent avant 30 ans (11 cas de 16 à 30 ans) ; puis, on le rencontre avec une égale fréquence jusqu'à l'âge de 60 ans (33 cas), à partir duquel il redevient assez rare (5 cas). Les limites extrêmes que nous avons notées dans nos observations sont 6 mois et 68 ans. Enfin, nous sommes arrivé à l'âge moyen de 40 ans, au lieu de 25 ans, qui est celui de Gross et de Schwartz. C'est un écart considérable que nous ne cherchons pas à expliquer, nous bornant à constater le fait brutal.

Remarquons seulement que l'ostéosarcome qui nous occupe se manifeste le plus ordinairement sur des os ayant acquis depuis longtemps leur complet développement, et que, par conséquent, on ne saurait l'imputer à l'activité

formatrice du périoste et de l'os aux environs de la vingtième année. Au lieu d'un vice de développement se produisant à une période déterminée de la vie, il faut donc considérer l'ostéosarcome du bassin comme étant, le plus souvent, la conséquence d'un vice de nutrition plus ou moins tardif, et analogue à celui qui préside à la genèse des autres néoplasmes.

Diathèses. — Etat de santé antérieur. — La rareté relative des antécédents diathésiques héréditaires dans le sarcome des os a été signalée par la plupart des auteurs qui ont écrit sur le sujet. Sur un total de 190 observations, Schwartz ne les a rencontrés que 6 ou 7 fois. Nous même, dans plus de 50 observations, n'avons vu notée la diathèse cancéreuse qu'une seule fois, et dans des circonstances assez remarquables. Une fillette de 6 mois, observée par M. Rendu, succombe au bout de quelques mois à un ostéosarcome du bassin ; deux ans après, son grand-père est atteint d'un cancer de la jambe. Il faut joindre cependant à ce fait celui que rapporte Courty dans son article du Dictionnaire encyclopédique, et qui a trait à un jeune homme dont la mère avait succombé à un cancer.

L'hérédité ne joue donc qu'un rôle très effacé dans l'étiologie de l'ostéosarcome. Nous savons bien qu'un grand nombre d'observations sont muettes sur cette catégorie de renseignements, et, par suite, ne sont pas suffisamment concluantes ; toutefois, comme dans 20 d'entre elles, au moins, l'absence d'antécédents est positivement notée, nous croyons que le fait que nous énoncions au début de cet article doit conserver toute sa rigueur.

Quant à la diathèse rhumatismale, nous ne saurions lui attribuer une importance réelle, malgré l'autorité de Vir–

chow et de Gross qui l'ont admise. Nous inclinerions volontiers à croire que, dans certains cas, il n'y avait qu'une pure coïncidence, sans relation de cause à effet, et que dans d'autres, les plus nombreux, les soi-disant douleurs rhumatismales étaient le premier symptôme, la première manifestation de l'ostéosarcome en voie d'évolution. Nous les trouverons interprétées plus d'une fois de la sorte quand nous décrirons les différents modes de début de la maladie.

En résumé, absence de diathèse cancéreuse; qui plus est, bonne santé générale antérieure du sujet, voilà deux points capitaux à faire ressortir dans l'étiologie de l'ostéosarcome primitif du bassin.

Grossesse. — Déjà nous avons laissé entrevoir le rôle étiologique considérable que nous accordons à la grossesse lorsque nous avons fait remarquer que l'ostéosarcome du bassin était presque aussi fréquent chez la femme que chez l'homme. Ce rôle, en effet, nous paraît devoir être mis hors de doute.

Dès l'année 1850, à la suite d'une présentation de pièces d'ostéosarcome du bassin provenant d'une jeune femme récemment accouchée, les témoignages relatifs à l'influence de la grossesse sur le développement de cette affection affluaient à la Société anatomique. Leudet citait un cas semblable; Houel en avait observé trois; enfin Broca apportait aussi son contingent de faits, en disant: « J'ai déjà rencontré quatre cas de cancer du bassin, et tous les quatre s'étaient produits chez des femmes déjà mères, âgées de moins de 30 ans. Je n'en ai jamais trouvé chez les sujets du sexe masculin. Y aurait-il donc une liaison inconnue entre la production de ce cancer et l'influence que la grossesse exerce sur les os du bassin? »

Ainsi, neuf faits d'une grande valeur étaient consignés dans une seule séance de la Société anatomique ; à ces cas, il faut en ajouter cinq autres (obs. 15, 16, 37, 38, 45), dans lesquels l'influence de la grossesse fut tout aussi incontestable et se manifesta soit en prédisposant à la production de l'affection cancéreuse, soit en accélérant l'évolution et la marche de l'affection préexistante.

Quant à cette liaison inconnue dont parlait Broca, ne pourrait-on pas la trouver dans les modifications auxquelles nous avons fait précédemment allusion ? En effet, dans les derniers mois de la grossesse, on sait que les fibro-cartilages interarticulaires du bassin augmentent de volume, que les parties ligamenteuses deviennent plus rouges, plus élastiques et subissent un certain degré d'allongement, qu'il y a, en un mot, dans toutes ces parties, un afflux sanguin plus considérable qu'à l'état normal ; or, n'est-il pas probable que le périoste qui recouvre les os du bassin et que ces os eux-mêmes participent à ce travail congestif, et sont placés ainsi dans des conditions de suractivité organique analogues à celles qui président au développement du tissu osseux ? N'est-ce pas là une occasion favorable pour que se produisent ces déviations de nutrition qui engendrent les néoplasmes ? Nous le croyons ; mais, quoi qu'on pense de l'hypothèse que nous nous permettons d'avancer et que nous sacrifierons volontiers à une autre plus plausible, il n'en reste pas moins un fait acquis, en dehors de toute discussion, savoir : l'influence prédisposante de la grossesse.

II. — *Causes déterminantes.*

Elles doivent être rangées sous deux chefs principaux : 1° le traumatisme ; 2° la propagation aux os du bassin d'une affection cancéreuse des parties voisines.

Traumatisme. — On a dit qu'il n'y avait pas un seul malade, un peu stimulé dans ses recherches par le chirurgien, qui ne finît par retrouver dans ses souvenirs l'existence d'une chute, d'un coup, d'une contusion quelconque, et que, de la sorte, le traumatisme ne devait être considéré que comme une cause banale et tout à fait négligeable. Nous sommes de cet avis, dans beaucoup de cas. Toutefois sans verser dans le travers que nous venons de signaler, nous croyons pouvoir dire que la contusion est parfois une cause occasionnelle réelle et constituant pour le point qui en est atteint un véritable *locus minoris resistentiæ*. Ainsi, les malades des observations 4, 13, 18, 24, avaient eu une contusion assez violente pour nécessiter le séjour au lit, ou pour déterminer de la claudication : quelques mois ou même quelques années après, apparaissait une tumeur dans la région précédemment atteinte par le traumatisme.

Il serait intéressant de savoir par suite de quelles lésions locales, par suite de quel travail intime, s'opère la transformation des éléments anatomiques dans le point contusionné. Malheureusement les malades n'ont été que rarement observés d'une façon attentive à cette période de début de leur maladie, et les renseignements nous font complètement défaut. Toutefois, dans certains cas, une bosse sanguine persistante paraît avoir précédé le néoplasme. Ainsi, notre maître, M. Th. Anger, nous a raconté le fait

suivant. Un jeune homme, consécutivement à une chute, portait à la fesse une tumeur très profonde, fluctuante, qui fut largement ouverte, sur l'avis de M. le profeseeur Gosselin: cette tumeur avait tous les caractères d'une bosse sanguine, mais, comme la portion d'os qui la limitait était épaissie et paraissait altérée, on la rugina, et l'examen microscopique révéla dans cette portion d'os la présence de cellules fibro-plastiques. Dans un autre cas, observé actuellement par le même chirurgien, il s'agit encore d'une petite tumeur sanguine de la fesse; autour d'elle, l'os est épaissi, la région est douloureuse, et M. Anger redoute d'avoir aflaire à un ostéosarcome en voie d'évolution. (Communication orale.)

Propagation aux os du bassin d'une affection cancéreuse. — Dans la grande majorité des cas, l'ostéosarcome du bassin est primitif; c'est tout au plus si nous trouvons sept ou huit observations dans lesquelles soit signalé l'envahissement des os du bassin par une tumeur maligne du voisinage. Il s'agit alors, presque toujours, d'un cancer de l'utérus, ayant pris successivement tous les organes intrapelviens, et s'étant propagé jusqu'aux os (ob. 2, 5, 34, 40); dans l'observation 36, la tumeur maligne semble avoir pris primitivement naissance dans les ganglions du petit bassin; dans l'observation 30, le cancer de l'os iliaque et du sacrum était consécutif à un squirrhe atrophique du sein.

Ici doit se placer la remarque suivante : autant est commune la propagation du sarcome des os du bassin aux autres os et notamment à l'extrémité supérieure du fémur, autant est rare la marche inverse. C'est ainsi que dans les faits que nous avons relevés, il n'y en a qu'un seul où

le sarcome ait débuté par le fémur pour envahir ensuite le bassin.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Siège. — L'ostéosarcome du bassin se rencontre avec une fréquence égale à droite et à gauche. En effet, sur les 43 cas où le siège exact est mentionné, il y en a 22 qui se rapportent au côté droit et 21 au côté gauche. On devait, d'ailleurs, s'attendre à ce résultat, puisqu'il n'y a aucune cause déterminante qui agisse plus sur une moitié du bassin que sur l'autre.

Si nous voulons maintenant préciser d'une façon plus exacte le siège de ces tumeurs, nous dirons que c'est l'os iliaque qui est de beaucoup le plus souvent atteint; 41 fois, en effet, il est noté comme le siège principal du mal. Et toutes les portions de cet os ne sont pas également prédisposées : le pubis n'a été touché que trois fois; de même, la portion de l'ilium qui avoisine l'articulation sacro-iliaque n'a été trouvée altérée que peu fréquemment; en somme, c'est la portion moyenne de l'os, celle qui répond aux fosses iliaques interne et externe, qui a été presque toujours le point de départ du néoplasme.

Le sacrum est dégénéré dans un quart des cas, environ; mais il ne s'agit ordinairement que de noyaux cancéreux secondaires, coïncidant avec un cancer de l'ilium, et c'est seulement dans 4 ou 5 cas qu'il a été le siège exclusif ou principal de la tumeur sarcomateuse.

On voit, par ce simple aperçu, que les régions antérieure et postérieure du bassin sont rarement le siège de l'ostéosarcome, et que 9 fois sur 10 les tumeurs de mauvaise

nature se rencontreront dans la région iliaque proprement dite.

Aspect, forme, volume et consistance de la tumeur. — Il serait puéril d'essayer de décrire toutes les variétés de forme que peuvent affecter les tumeurs ostéosarcomateuses du bassin. Disons seulement qu'au début de leur évolution elles font généralement corps avec l'os, ne s'en distinguent pas par des limites précises, et se traduisent par une sorte d'épaississement mal circonscrit, tel que le ferait la périostose. Ainsi, notre malade de l'observation 42, que nous avons observée dans le service de M. le professeur Duplay, présentait dans la fosse iliaque interne une tuméfaction diffuse, dure, étalée, qui pouvait en imposer pour une périostite syphilitique. Plus tard, la tumeur tend à se circonscrire, à prendre une forme régulièrement arrondie. C'est ce qui se produisit dans le cas auquel nous venons de faire allusion (obs. 42). Quelquefois, la tumeur est nettement délimitée dès le début, alors qu'elle n'a encore que le volume d'une noix ou d'une petite mandarine.

A mesure qu'elle augmente de volume, la tumeur fait une saillie plus considérable, mais en ayant cependant toujours plus de tendance à s'étaler que l'exostose ou que l'enchondrome; de plus, si elle acquiert son maximum de développement dans la fosse iliaque interne, par exemple, il est rare qu'à un moment donné la fosse iliaque externe correspondante ne soit pas à son tour le siège d'un empâtement pseudo-fluctuant, qui indique que la lamelle compacte de l'os a fini par céder sous la pression du néoplasme.

Cette disposition se montrait au plus haut degré chez notre malade de l'observation 44.

Sauf dans quelques cas exceptionnels, la tumeur a toujours une large base d'implantation.

Son volume peut devenir considérable. Un des termes de comparaison qui revient le plus souvent dans les observations est le volume d'une tête de fœtus, ou même d'une tête d'adulte. Dans l'observation 13, nous voyons que la tumeur avait fini par acquérir le volume du tronc d'un adulte corpulent.

Par contre, il est des cas où la dégénérescence cancéreuse ne se traduit pas par une augmentation de volume, mais par une simple modification dans la consistance du tissu osseux qui devient particulièrement friable, et est entamé avec la plus grande facilité par le scalpel. Les choses se passent ainsi dans la plupart des sarcomes osseux dus à la propagation d'un cancer de voisinage ; et il est probable qu'on trouverait plus souvent des lésions de cette nature si l'on avait toujours le soin d'examiner le squelette dans les autopsies.

Nous avons dit que la tumeur ostéosarcomateuse était d'ordinaire assez régulière dans son contour. Toutefois, on y remarque souvent des bosselures. Celles-ci se distinguent des bosselures de l'enchondrome en ce qu'elles sont généralement plus larges et séparées par des sillons moins profonds.

Quant à sa consistance, elle est tantôt dure, osseuse, tantôt fibreuse, tantôt élastique et pseudo-fluctuante, quelquefois même franchement fluctuante : c'est à dire qu'on y rencontre toutes les variétés de consistance. Mais ce qui est important à savoir, c'est que dans une tumeur donnée la consistance est uniforme, dure comme un fibrome ou fluctuante comme un abcès. S'il y a, dans une même tu-

meur, des portions de consistance différente, celles-ci se présentent toujours sous forme de grandes masses et non sous forme de petits îlots alternativement très durs et très élastiques, comme dans l'enchondrome. Enfin, on perçoit quelquefois une sensation spéciale, sur laquelle nous aurons à revenir, et connue sous le nom de crépitation parcheminée.

État des parties molles. — Contrairement à ce qu'on pourrait supposer et contrairement à ce qui s'est écrit quelquefois, la peau n'est pas altérée par le néoplasme sous-jacent. Si celui-ci est de volume médiocre, la peau conserve ses caractères normaux de coloration, de consistance, de vascularisation et de mobilité; quand le volume de la tumeur devient considérable, on voit la peau, en vertu de son élasticité, se distendre, s'amincir, en même temps que se dessinent à sa surface des veines bleuâtres, flexueuses, formant un lacis plus ou moins serré et régulier. Il ne s'agit, en somme, que de simples phénomènes mécaniques qui trouvent leur origine dans la distension de la peau et dans la gêne que la tumeur apporte à la circulation veineuse profonde. Non seulement cette gêne se fait sentir sur le système veineux, mais aussi sur le système lymphatique; dans le cas rapporté par John Adams en 1852, on voit qu'indépendamment des grosses veines ramifiées sous la peau, il existait aussi « des vaisseaux de la grosseur d'une plume de corbeau, remplis d'un liquide transparent, qui ne sont autres que des lymphatiques hypertrophiés » (obs. 13).

Etant très distendue, la peau peut être luisante; mais la rougeur inflammatoire ne s'y montre jamais. Cet état ne se trouve signalé que dans l'observation 50; encore s'agis-

sait-il d'un jeune enfant de six mois, porteur d'un ostéosarcome à développement rapide.

Quant à l'ulcération de la peau et l'issue d'un bourgeon cancéreux au dehors, c'est un phénomène excessivement rare, que nous n'avons rencontré que deux fois, et les deux fois dans des circonstances analogues : des cautères ayant été appliqués au niveau de la tumeur, la cicatrisation ne s'était pas faite et la plaie avait été envahie par les éléments sarcomateux.

L'intégrité de la peau qui existe, comme nous l'avons vu, d'une façon presque constante, peut aisément s'expliquer si l'on songe à la grande épaisseur des parties molles qui la séparent de la tumeur quand celle-ci siège dans la région iliaque.

Les muscles sont le siège de deux ordres d'altérations : les unes, d'ordre mécanique, comme les précédentes ; les autres, qui sont le résultat de la propagation cancéreuse. Les premières, qui ne manquent pas pour peu que la tumeur ait acquis un certain développement, se traduisent par l'atrophie des muscles immédiatement en rapport avec elle, par leur pâleur, et par un état de dégénérescence qui peut aller jusqu'à la désorganisation complète. Les secondes, plus rares, sont caractérisées par la présence de noyaux cancéreux dans l'épaisseur même des muscles ; l'observation 28 nous en fournit un bel exemple.

Les vaisseaux iliaques, artère et veines, sont, par leur situation, presque forcément exposés à être comprimés par une tumeur se développant dans la fosse iliaque interne. Mais tandis que la compression de l'artère n'amène pas de troubles graves, et se manifeste tout au plus par un affaiblissement de la pulsation fémorale, la compression des veines, au contraire, détermine souvent la formation

des coagulations que l'on a notées dans bon nombre d'autopsies (nous verrons plus tard combien l'œdème du membre inférieur est un symptôme fréquent de l'ostéosarcome du bassin).

Quelle est la nature du caillot que nous venons de signaler ? Les auteurs l'ont toujours regardé, *a priori*, comme étant un caillot sanguin, et il en était sans doute ainsi dans la majorité des cas ; toutefois, il est permis d'exprimer le regret que la vérification microscopique n'ait pas été faite. C'est qu'en effet, au lieu d'un simple caillot sanguin, il peut exister une véritable thrombose sarcomateuse, quoique la paroi vasculaire ait conservé son intégrité.

Pour qu'on en soit convaincu, il suffit de rappeler la remarquable observation de Fussell (obs. 39) : Un homme de 33 ans, atteint de sarcome de l'os iliaque gauche, avait eu pendant la vie de l'œdème du membre correspondant. A l'autopsie, on constata que la lumière de la veine iliaque primitive et de la veine iliaque externe était obstruée par une masse ondulée, de surface irrégulière et d'aspect lardacé, qu'on reconnut, au microscope, être constituée par du tissu sarcomateux. Cette masse était libre dans l'intérieur du vaisseau ; les parois vasculaires n'étaient pas dégénérées.

Les nerfs, et principalement les branches d'origine du nerf sciatique, ou le tronc nerveux lui-même à son passage dans la grande échancrure, sont peut-être plus souvent comprimés que les veines, car ils sont en rapport plus immédiat avec l'os iliaque, de sorte que l'existence d'une tumeur volumineuse n'est pas nécessaire. Mais les détails manquent dans les autopsies. On se borne généralement à dire que le nerf était comprimé ; exceptionnellement (dans

2 ou 3 cas seulement) on note l'altération du tissu nerveux ; mais ni les affirmations, ni les négations, ne sont étayées sur un examen assez complet pour qu'on puisse y attacher une valeur sérieuse. S'agit-il d'une simple compression sans altération de substance ? Si cette altération existe, est-elle d'ordre inflammatoire ou d'ordre spécifique ? En un mot, a-t-on affaire à une névrite simple ou à une névrite par infiltration des éléments cancéreux dans la gaine du nerf ? Autant de lacunes que nous signalons à l'attention des observateurs, mais que nous n'avons pas éte à même de combler.

Nous ne ferons que citer, pour en finir avec les désordres que cause le voisinage de la tumeur, le déplacement du rectum, la compression de la vessie et de l'urèthre, et, dans un cas, l'oblitération totale d'un des uretères qui se trouvait englobé dans la tumeur, ainsi que les vaisseaux iliaques du même côte. (Ob. 31).

Etat des articulations. — Propagation du sarcome aux os voisins. — Dans un travail récent lu devant la Société de chirurgie (1), M. Gillette insista sur la rareté des lésions articulaires dans les ostéosarcomes périarticulaires, et en tira des conclusions cliniques et diagnostiques sur lesquelles nous aurons à revenir. Mais nous devons dire dès maintenant que, au point de vue anatomo-pathologique, l'intégrité de l'articulation est loin d'être un fait constant, ainsi qu'on pourrait en inférer de la lecture du mémoire de Gillette. Déjà M. Poinsot (2), un an après Gillette, et devant la même Société de chirurgie, fit remar-

(1) Gillette. De l'ostéosarcome articulaire et péri-articulaire, etc., in Bull. de la Soc. de chirurgie, 26 janvier 1876.
(2) Poinsot. Bull. de la Société de chirurgie, 1877.

quer, en s'appuyant sur l'autorité de Virchow, que l'articulation n'était pas toujours indemne; enfin, les recherches postérieures de Gross (de Philadelphie) et celles toutes récentes de Schwartz fournirent des résultats plus précis : d'après ces auteurs, les surfaces articulaires seraient envahies 1 fois sur 5 ou 6. De notre côté, en ce qui concerne l'articulation de la hanche dans le sarcome de l'os iliaque propagé à l'extrémité supérieure du fémur, nous arrivons aux conclusions suivantes : dans 8 cas où un ostéosarcome développé primitivement dans l'os iliaque s'était propagé au fémur, on trouve notées 4 fois des lésions articulaires dans la jointure intermédiaire, lésions pouvant aller jusqu'à la destruction complète de l'article, l'usure de la tête femorale, et la pénétration de cette extrémité dans la cavité du bassin. Dans les 4 autres cas, on note expressément deux fois l'intégrité de l'articulation ; deux fois l'état de la jointure est passé sous silence, ce qui, dans une certaine mesure, autorise à croire que celle-ci n'était pas altérée.

Quoi qu'il en soit, l'articulation est atteinte au moins dans la moitié des cas d'ostéosarcosmes articulaires de la hanche, ce qui nous éloigne beaucoup des résultats de Gillette et même de ceux de Schwartz concernant les ostéosarcomes des membres. Quelle est la raison de cette fréquence plus grande ? Nous pensons qu'il faut la chercher dans le mode de conformation de la cavité cotyloïde et dans la présence du ligament rond.

On sait, en effet, que c'est le cartilage articulaire qui oppose une sorte de barrière infranchissable à l'envahissement du néoplasme. Or, dans la cavité cotyloïde, cette barrière est en partie normalement détruite, par le fait de l'existence de l'arrière-cavité dans laquelle s'insère le

ligament rond. Aussi, est-ce exactement dans ce point que les observateurs signalent les premières lésions, chaque fois qu'il leur a été donné d'assister au début de l'envahissement articulaire. La cavité cotyloïde devient rugueuse, s'amincit, se perfore, puis le cartilage est en quelque sorte soulevé par sa face profonde, et il finit par s'atrophier et se détruire, tandis que d'un autre côté le ligament rond constitue une sorte de pont, qui conduit la lésion jusqu'à l'extrémité supérieure du fémur.

L'existence, dans la cavité cotyloïde, d'un point dépourvu de cartilage, l'insertion en ce point d'un ligament rattachant l'os iliaque à la tête du femur, sont donc, pour nous, les deux conditions anatomiques qui favorisent la propagation du sarcome iliaque à l'articulation et à l'extrémité supérieure du fémur. Mais ces conditions ne se retrouvent pas quand l'ostéosarcome débute par le fémur; aussi la marche inverse, c'est-à-dire la propagation d'un sarcome du fémur à l'articulation et à l'os iliaque est-elle rare, ainsi que nous l'avons déjà dit plus haut. La conclusion clinique est que dans l'ostéosarcome juxta-articulaire de la hanche il faut attacher une extrême importance à la notion du point de départ de l'affection, en ce qui touche l'état ultérieur de l'articulation. La lésion a-t-elle débuté par le fémur, les conclusions de Gillette seront vraies et l'articulation restera le plus souvent indemne; a-t-elle au contraire débuté par l'ilium, elles sont fausses, et on peut affirmer que la jointure sera envahie dans la moitié des cas au moins.

Les faits concernant la propagation directe du sarcome de l'os iliaque au sacrum sont trop peu nombreux pour qu'on en puisse tirer des déductions rigoureuses : cependant l'envahissement de l'articulation au lieu d'être l'ex-

ception nous paraît presque être la règle. Cela s'explique bien si l'on songe à l'extrême minceur et à la structure spéciale du cartilage qui tapisse la surface articulaire de l'os coxal.

Les lésions de l'ostéosarcome ne restent pas toujours limitées aux os mêmes du bassin. Ainsi, dans vingt-deux cas (c'est-à-dire dans presque la moitié des cas), elles existaient simultanément dans d'autres os. Le sarcome s'y manifeste tantôt sous l'aspect d'une tumeur, en tous points semblable à celle du bassin, tantôt, et plus souvent, par une simple diminution de la consistance, et par une friabilité excessive de l'os que Forster avait décrite sous le nom d'ostéomalacie cancéreuse. Le fémur est l'os le plus souvent atteint; viennent ensuite, par ordre de fréquence décroissante, les corps vertébraux, les côtes, l'humérus et les os du crâne. Presque toutes les fois où le fémur a été pris, il s'est produit, à un moment donné, une fracture spontanée de cet os ; nous en avons relevé six cas.

De la généralisation sarcomateuse. — Nous venons de voir qu'il n'était pas rare que d'autres os fussent envahis par le sarcome en même temps que les os du bassin. Mais la lésion de ces os est-elle secondaire, ou n'est-elle pas plutôt l'expression d'une diathèse se traduisant d'emblée par des manifestations osseuses multiples? En un mot, cette lésion est-elle ou non le résultat d'une infection dont l'ostéosarcome du bassin aurait été le point de départ? Nous ne faisons que signaler ces deux opinions qui s'appuient l'une et l'autre sur des faits probants ; mais, pour nous, nous n'aurons en vue, dans ce chapitre, que l'infection ganglionnaire et la généralisation viscérale.

Or, l'infection ganglionnaire est rare, comme on sait, dans le sarcome en général, et tout à fait exceptionnelle dans certaines variétés de sarcome, dans le sarcome myéloïde, par exemple, et dans le sarcome pulsatile. En effet, dans six cas seulement on note une altération des ganglions à l'autopsie, se manifestant par une hypertrophie plus ou moins considérable; encore s'agit-il peut-être d'un simple engorgement inflammatoire. Dans deux des cas que nous avons observés personnellement, les ganglions inguinaux et iliaques étaient augmentés de volume et de consistance, mais il n'y a pas eu d'examen microscopique permettant d'affirmer la dégénérescence cancéreuse.

Quant à la généralisation viscérale, nous l'avons relevée onze fois, ce qui revient à dire qu'elle existe dans le cinquième des cas environ. Elle est donc relativement fréquente : « C'est là certainement la complication la plus redoutable qui menace le malade atteint d'ostéosarcome des membres; elle l'est d'autant plus, qu'elle s'établit souvent d'une façon insidieuse, sans donner lieu à aucun signe ni physique, ni fonctionnel » (Schwartz). Cette remarque judicieuse s'applique rigoureusement aux ostéosarcomes du bassin.

Tous les organes splanchniques, rein, foie, rate, çœur, cerveau, peuvent être le siège de la généralisation sarcomateuse ; mais au premier rang, il faut placer le poumon qui se trouve mentionné dans presque toutes les observations. La raison de cette prédilection réside dans ce fait, que c'est presque toujours par embolie que la généralisation a lieu (Schwartz).

« Les faits ne manquent pas, dit cet auteur, où les veines adjacentes à la tumeur primitive ont été trouvées remplies de véritables bouchons sarcomateux qui végétaient dans

leur intérieur. Poland (1) rapporte un cas de sarcome de l'extrémité supérieure du fémur, qui avait envahi l'articulation de la hanche et de l'os iliaque. Les ganglions inguinaux étaient intacts, mais la veine fémorale était occupée par un véritable polype de tissu sarcomateux. Il y avait des noyaux de sarcome dans les poumons et dans les plèvres. »

Dans l'observation 39, le Dr Fussell rapporte un fait analogue, auquel nous avons déjà fait précédemment allusion. La veine iliaque primitive et l'iliaque externe étaient occupées par une masse sarcomateuse. Dans le ventricule droit se trouvait un caillot de même nature, d'où étaient partis de nombreux emboli qui avaient oblitéré un grand nombre de branches terminales de l'artère pulmonaire, et avaient déterminé la formation de dépôts sarcomateux secondaires dans le poumon.

Ce dernier fait est évidemment une démonstration péremptoire de la généralisation mécanique par processus embolique. Mais tous les cas de dépôts secondaires ne peuvent pas s'expliquer ainsi ; on est forcé de les attribuer à une sorte de généralisation infectieuse se produisant sur place, à moins qu'on n'admette comme possible le passage des cellules sarcomateuses à travers les capillaires du poumon. Pour notre part, nous serions assez disposé à croire que les choses se passent ainsi, au moins dans quelques cas. Nous nous appuyons sur le fait suivant : Une femme âgée de 37 ans, porteur d'un énorme ostéosarcome du bassin, et chez laquelle l'intégrité fonctionnelle du cœur ne laissait pas de doutes, est frappée tout à coup d'apoplexie et d'hémiplégie droite, à la suite de laquelle elle ne

(1) Guy's hospital Reports, série 3, vol. XVI, p. 469.

tarda pas à succomber (obs. 44). Quoi qu'il nous ait été impossible de faire l'autopsie, il n'a pas paru douteux à M. le professeur Duplay qu'il s'agissait d'une embolie cérébrale. Etant donnée, d'autre part, l'absence des signes d'une affection valvulaire, n'est-on pas conduit à admettre que l'embolus est parti de la tumeur, et a traversé tout le réseau de la petite circulation pour arriver au cerveau ? Hirtz (Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, art. Embolie) admet la possibilité de cette migration. Nous nous contentons de signaler le fait sans y insister davantage, puisque nous ne raisonnons que sur une simple hypothèse, et que la confirmation anatomique nous fait défaut.

SYMPTOMATOLOGIE.

Afin de mettre plus d'ordre et plus de clarté dans l'exposition des symptômes physiqueset fonctionnels de l'osteosarcome du bassin, nous les étudierons successivement dans les trois périodes suivantes :

1° Période de début ; 2° période d'état ; 3° période de cachexie.

1o *Période de début.* — Sur 54 observations d'osteosarcome du bassin, nous trouvons 38 fois la *douleur* signalée comme phénomène initial : soit environ 7 fois sur 10. Elle est donc un symptôme extrêmement fréquent et on ne saurait apporter trop de soins à en déterminer [la manière d'être et la valeur.

Or, de l'étude attentive que nous avons faite, il résulte que la douleur se manifeste sous des aspects différents, mais qu'on peut cependant ramener à trois types principaux :

1o Tantôt, c'est une douleur purement locale, banale, ne s'accompagnant pas de troubles fonctionnels, telle, en un mot, que celle déterminée par une contusion, un abcès, un point d'osteite, etc. Elle siège alors au point exact où la tumeur apparaîtra plus tard, quelquefois dans l'aine, beaucoup plus souvent à la fesse, dans la fosse iliaque externe.

2o Plus fréquemment, la douleur initiale prend les allures d'une douleur rhumatismale et en reproduit les différentes variétés. Certains malades se plaignent de douleurs rhumatoïdes vagues dans le membre inférieur, dans la hanche, dans la région lombaire, et parfois même dans le genou ; d'habitude, ces phénomènes ne se produisent qu'à l'occasion de la marche, d'une fatigue quelconque, et disparaissent sous l'influence du repos ; ils ont un certain caractère d'intermittence. D'autres ont une douleur fixe qu'on rapporte à l'articulation coxo-fémorale, et qui dans 6 cas a revêtu toutes les apparences de la coxalgie au début; douleur locale, impotence fonctionnelle, raccourcissement ou allongement apparent du membre.

3° Enfin, c'est sous la forme d'une sciatique que la douleur se montre le plus souvent : il en était ainsi dans 18 observations. Elle apparaît parfois d'abord dans l'extrémité du membre et suit une marche ascendante ; d'autres fois, elle reste quelque temps localisée à la cuisse, puis s'étend à la totalité du membre ; dans certains cas, plus rares, il s'y joint une sensation de constriction de la région lombaire. D'emblée elle possède ces caractères, qu'elle conservera jusqu'à la fin, l'acuité et la ténacité.

Au sujet de la douleur considérée comme phénomènes initial de l'ostéosarcome, nous devons signaler une particularité que nous n'avons rencontrée dans aucune des tu-

meurs bénignes du bassin, exostoses, enchondromes, etc., et que nous regardons comme ayant une grande valeur diagnostique et pronostique : nous voulons parler de la soudaineté de la douleur. 5 observations mentionnent l'existence d'une douleur subite, atroce, survenue au milieu d'un bon état de santé, et qui a été comme l'entrée en scène de l'ostéosarcome. Dans deux des faits qui nous appartiennent, ce phénomène avait vivement frappé les malades : l'un d'eux, âgé de 34 ans, se trouvait dans la rue, quand il fut pris, tout à coup, au niveau du pli fessier, d'une douleur si vive qu'il tomba. Il put néanmoins se relever et rentrer seul chez lui, mais avec l'aide d'une canne et en boitant. Les douleurs ont toujours continué depuis et, trois mois après, apparaissait dans le pli inguinal, un engorgement ganglionnaire symptomatique (obs. 41). L'autre malade, une femme de 37 ans, ayant une excellente santé, s'était assise pendant un quart d'heure sur un banc de pierre d'une promenade publique, après avoir fait une longue course à pied; quand elle se leva, elle sentit sur le côté de la hanche une vive douleur qui lui rendit la marche impossible, et la contraignit de regagner son domicile en voiture. Pendant plusieurs jours, elle dut garder le lit, puis, les douleurs s'atténuèrent pendant quelques semaines, mais ne disparurent pas complètement; elles reprirent ensuite un caractère tout particulier d'acuité. (Obs. 44.)

La soudaineté de la douleur avait également frappé les auteurs des observations 3 et 13 qui présentent de grandes analogies avec celles que nous venons de rapporter ; enfin, dans l'observation 14, le premier symptôme avait été aussi une douleur subite, mais qui, au lieu de siéger dans la région du bassin, siégeait dans le genou. (Il s'agit, dans

ce cas, d'un ostéosarcome du fémur propagé plus tard à l'ilium : il n'est donc pas extraordiuaire que la douleur initiale se soit montrée au genou.)

Il serait difficile de prétendre que ce phénomène est purement fortuit. Nous croyons, pour notre part, qu'il a une valeur réelle ; aux observateurs futurs à en donner l'exacte interprétation.

L'apparition d'une tumeur est assez fréquemment le premier phénomène observé dans l'ostéosarcome des membres. Ce mode de début est exceptionnel dans l'ostéosarcome du bassin, où nous ne l'avons relevé que deux ou trois fois. Cela tient, sans doute, à ce qu'une tumeur osseuse de cette region ne peut guère se développer sans déterminer, dès le commencement de son évolution, des phénomènes de compression sur les branches du plexus sacro-lombaire, ou sans produire quelque retentissement du côté de l'articulation coxo-fémorale ; mais cela tient aussi, d'autre part, à ce que ces tumeurs sont trop profondément situées pour être facilement accessibles à l'examen du malade, et souvent aussi à l'examen du chirurgien.

Beaucoup plus rarement encore, ce sont des troubles fonctionnels des organes du petit bassin, constipation, troubles de la miction, qui ouvrent la scène.

Enfin, nous ne ferons que citer le début par détérioration de l'état général : fatigue rapide, perte des forces, faiblesse musculaire, inappétence, pâleur, etc. Ce mode de début, en effet, n'a rien de caractéristique, quant au siège de la lésion ; il ne peut uniquement que faire soupçonner l'existence d'un vice de nutrition retentissant sur l'organisme tout entier.

Nous n'avons eu en vue, dans tout ce qui précède, que

l'ostéosarcome primitif du bassin. Inutile de dire que, s'il est secondaire, ce sont les symptômes de l'affection primitive qui occupent toujours le premier rang, puisque la lésion osseuse est le plus ordinairement méconnue pendant la vie.

2° *Période d'état.* — Nous désignons sous le nom de période d'état celle qui est caractérisée par la présence d'une tumeur osseuse, d'un ostéosarcome confirmé. Nous passerons successivement en revue les caractères fournis par la tumeur elle-même, les troubles fonctionnels qu'elle occasionne, et enfin les phénomènes généraux.

Au chapître de l'anatomie pathologique, nous nous sommes étendu assez longuement déjà sur la physionomie variée de la tumeur ostéosarcomateuse. Rappelons seulement, en quelques mots, que son volume peut devenir considérable; que son contour est parfois régulier, parfois lobulé, que sa consistance peut être celle d'une tumeur dure, ou élastique, ou fluctuante; que la peau qui la recouvre est souvent parcourue par un riche lacis de veines dilatées, sans qu'il faille attacher à cette vascularisation le moindre caractère de malignité. Mais il est des points que nous avons omis ou que nous n'avons fait que signaler et sur lesquels il convient d'insister maintenant.

Quand on pratique, à la surface d'un ostéosarcome, une palpation douce et légère avec l'extrémité des doigts, on perçoit, dans certains cas, une sorte de crépitation fine. Tantôt cette crépitation est profonde, donne la sensation qu'on éprouverait en déprimant une feuille de parchemin qui reviendrait ensuite sur elle-même, et elle se reproduit successivement plusieurs fois dans un même point: c'est

la crépitation dite parcheminée, qui indique ordinairement qu'on a affaire à un sarcome central.

Tantôt, la crépitation est superficielle, franchement osseuse, et tout à fait comparable à celle que donne le bris de coquilles d'œufs (Schwartz); elle est due à l'affaissement, sous la pression du doigt, de minces lamelles osseuses: on ne la retrouve pas deux fois de suite dans le même point; elle est presque toujours l'indice d'un sarcome périostal. On la percevait avec une grande netteté chez une de nos malades qui avait une tuméfaction sarcomateuse diffuse de toute la fosse iliaque externe. (Obs. 44.)

Un autre caractère important qu'on peut rencontrer dans la recherche de la consistance de la tumeur, c'est la pulsation. Très fréquente, comme on sait, dans les sarcomes de l'extrémité supérieure du tibia, et dans les sarcomes épiphysaires en général, elle est cependant loin d'être rare dans l'os iliaque; elle est mentionnée dans six observations. Ce caractère mérite d'attirer d'autant plus l'attention qu'il a souvent donné lieu à de graves erreurs de diagnostic: dans trois cas, en effet, on a pratiqué la ligature de l'iliaque primitive, en croyant avoir affaire à un anévrysme de cette artère ou d'une de ses branches.

Arrêtons-nous donc quelques instants à l'étude de ces tumeurs anévrysmales, de ces tumeurs pulsatiles des os, comme on les appelle encore le plus souvent en clinique.

La pulsation que l'on ressent, quand on applique la main sur une de ces tumeurs, est un mouvement de soulèvement en masse, un mouvement d'expansion analogue à celui que détermine un anévrysme. Quelquefois, le malade en éprouve lui-même la sensation parfaitement nette; plus souvent, le battement n'est découvert que par le chirurgien, au moment où il explore la tumeur. Assez

énergique dans certains cas pour soulever les téguments et pour être visible à distance, il est d'autres fois tellement faible qu'il peut échapper à un examen superficiel. Tantôt on le perçoit dans toute la masse de la tumeur, tantôt, dans une partie seulement. La pression modérée, mais persistante, exercée sur une grande surface de la tumeur, a ordirement pour résultat d'amener une diminution de son volume. De même, la compression de l'aorte fait cesser immédiatement les battements, tandis que la compression de la fémorale produit une augmentation considérable de volume et de tension au sein de la tumeur liquide.

Par l'examen au stéthoscope, on constate l'existence d'un souffle synchrone à la diastole artérielle, et qui diminue, ainsi que les pulsations, par la compression de la partie terminale de l'aorte. Ce souffle présente, sous le rapport de son intensité, les mêmes variations que la pulsation. Toutefois, on peut dire, d'une façon générale, que le souffle est moins net que le battement; il ne s'entend quelquefois que dans un point limité de la tumeur; il peut même manquer complètement.

Quoi qu'il en soit, pulsation et souffle sont des signes évidents d'une communication de l'artère avec une tumeur située en dehors d'elle, et on comprend aisément que la réunion de ces deux signes ait pu en imposer pour un anévrysme. Nous essaierons, plus loin, d'en déterminer exactement la valeur, et nous verrons s'il ne serait pas possible d'éviter l'erreur de diagnostic,

Nous en aurons fini avec les caractères extérieurs de la tumeur quand nous aurons signalé l'élévation de la température locale. Parmi les faits qui ont été le point de départ du travail d'Estlander sur ce sujet (1877), se trouve précisément un sarcome de la crête iliaque, sarcome à

marche rapide, qui se termine par la mort au bout de six mois. Or, la température prise pendant plusieurs jours de suite à la surface de la tumeur et dans le point correspondant du côté sain donnait respectivement 37,8 et 36,8, d'où il suit qu'il y avait une différence de 1 degré en faveur du côté malade. N'ayant pas eu l'occasion de faire des recherches sur ce point, nous nous bornerons à faire remarquer que le sarcome de l'os iliaque est souvent trop profond pour qu'on puisse y appliquer méthodiquement l'exploration thermométrique ; mais, il est infiniment probable que les conclusions du travail d'Estlander et du professeur Verneuil sur le sarcome en général peuvent et doivent s'appliquer à l'ostéosarcome du bassin (1).

L'ostéosarcome détermine des troubles de voisinage qui reconnaissent généralement pour cause la compression. En étudiant les phénomènes du début, nous avons mentionné la grande fréquence de la sciatique, comme premier symptôme de l'affection sarcomateuse. Dans tous ces cas elle a toujours été la cause des plus vives souffrances ressenties par le malade. Un fait digne de remarque, c'est que la sciatique n'apparaît que très rarement dans le cours de l'ostéosarcome confirmé, si elle n'existait pas dès le début : d'où cette conclusion que si la sciatique ne se montre pas comme phénomène initial, il y a bien des chances de ne la voir apparaître jamais. C'est au moins ce qui semble découler des observations que nous avons rassemblées.

La sciatique est unilatérale et en rapport avec l'os iliaque atteint. Chassaignac voulait établir presque comme une règle la duplicité de la lésion dans les deux os iliaques et, par suite, la duplicité de la sciatique symptomatique ;

(1) Estlander-Verneuil. Revue mensuelle de médecine, 1878.

mais les faits nous autorisent à regarder cette opinion comme une simple conception de l'esprit. La sciatique double n'est notée expressément que dans l'observation communiquée par notre excellent collègue le Dr Merklen, dans un cas de sarcome du sacrum ayant envahi le canal sacré, et ayant profondément lésé les nerfs de la queue de cheval (obs. 54).

La sciatique s'accompagne parfois de troubles variés de l'innervation du membre, d'hyperesthésie, d'anesthésie, de troubles secrétoires. Chez la petite malade de MM. Monod et Rendu, il y avait de l'hyperesthésie et de la contracture musculaire. Nous n'avons trouvé signalé la paralysie que deux fois seulement. Dans un cas (obs. 38), le sacrum et quelques vertèbres lombaires avaient été envahis par des noyaux sarcomateux ; dans l'autre cas (cas de Merklen), il y avait affaiblissement des deux membres inférieurs, impossibilité de mettre les genoux dans l'extension complète, par suite d'une contracture des muscles de la partie postérieure de la cuisse ; en un mot, c'était une véritable paraplégie douloureuse. Plus tard, les muscles s'atrophièrent, la paralysie musculaire s'accentua davantage, il y eut de l'incontinence d'urine et des matières fécales. La sensibilité demeura toujours intacte.

Si la sciatique est toujours un phénomène initial, l'œdème, au contraire, est un symptôme qui appartient exclusivement à la période d'état, alors que la tumeur a acquis un volume assez considérable. Il existait dans 19 cas : sa fréquence est donc très grande. On peut dire que dans presque la moitié des cas d'ostéosarcome du bassin ces deux symptômes, sciatique et œdème, existent simultanément à une certaine époque de leur évolution.

De même que la sciatique, l'œdème est unilatéral et

siège du côté de la lésion ; il ne devient double que dans la dernière période de la vie, sous l'influence de la cachexie. L'apparition d'un œdème double comporte même une certaine importance pronostique.

Quant à l'engorgement ganglionnaire, nous avons dit déjà qu'il manquait souvent, et que, lorsqu'il existait, il pouvait être simplement de nature inflammatoire ; aussi ne constitue-t-il qu'un signe de médiocre valeur.

La douleur spontanée est un symptôme qui ne fait presque jamais défaut pendant l'évolution de l'ostéosarcome. Ainsi, pour en donner un exemple, nous n'avons trouvé que deux observations dans lesquelles il n'y avait pas de phénomènes douloureux ; dans l'une (obs. 28), il est dit qu'il n'y avait pas de douleurs vives ; dans l'autre, beaucoup plus remarquable (obs. 21), la tumeur était complètement indolente, même à la pression (le malade frappait dessus avec violence), et on notait expressément l'absence de toute douleur suivant le trajet des nerfs. Mais c'est là un fait exceptionnel. Les auteurs des observations, au contraire, se servent souvent des épithètes les plus significatives pour caractériser la douleur : elle est aiguë, très vive, cruelle, atroce, lancinante, mordicante. Ajoutons à cela deux traits importants qu'on retrouve dans la plupart des observations où le phénomène douloureux a été étudié avec soin, et qui sont : 1° les paroxysmes douloureux qui se reproduisent plusieurs fois par jour, sous forme de véritables crises névralgiques (chez notre malade de l'observation 41, chacune de ces exacerbations était annoncée par une sorte de frissonnement); 2° l'exaspération nocturne de la douleur qui devient alors continue, ne laisse plus ni repos ni trève au malade, et empêche tout sommeil (obs. 31, 39, 41, 42, 44, 45, 54).

Nul doute que la douleur spontanée ne tienne à la compression de quelques filets nerveux par la tumeur, compression qui, nous le savons, est extrêmement fréquente dans l'ostéosarcome du bassin et qui existe souvent dès le début de la maladie. Quant à la douleur provoquée, on la fait naître soit en pressant directement sur la tumeur, soit en appuyant sur les extrémités de l'axe antéro-postérieur du bassin, soit encore (dans certains cas) en explorant l'articulation coxo-fémorale.

Lorsque l'ostéosarcome siège au voisinage d'une articulation, et *à fortiori*, quand il l'a envahie, les symptômes articulaires deviennent prédominants, et quelquefois à ce point qu'ils masquent l'affection primordiale. Dans bon nombre de cas, en effet, on observe tout l'ensemble symptomatique de la coxalgie la mieux confirmée : impotence fonctionnelle, différence de longueur du membre, déformation de la région, mouvements anormaux de la tête fémorale, douleur et même épanchement dans le genou. Il n'en faut pas tant pour rendre parfois le diagnostic d'une difficulté extrême.

Pareillement, l'ostéosarcome du bassin affecte les allures de la sacro-coxalgie (obs. 32, 38, 43). On devait forcément se méprendre sur la nature de la maladie, chez la jeune fille du service du professeur Trélat, dont notre excellent ami et collègue Berthaut, nous a communiqué l'observation (obs. 43).

Nous reviendrons d'ailleurs sur tous ces faits à propos du diagnostic.

Aux différents symptômes que nous venons de passer en revue, il faut ajouter ceux qui sont dus à la présenc d'une tumeur intra-pelvienne, mais qui n'ont rien de spécial à l'ostéosarcome : c'est la constipation qui a été tenace

dans cinq ou six cas et qui tenait à la compression du rectum ; dans un cas même, chez la petite fille de six mois observée par M. Rendu, il y a eu des phénomènes d'obstruction intestinale lente (obs. 50): ce sont encore les troubles de la miction dus à la déviation ou à la compression du canal de l'urèthre, la retention d'urine (obs. 50), phénomènes assez rares qu'on observe seulement quand la tumeur est très volumineuse, ou quand son point de départ se trouve dans la région ischio-pubienne, ce qui, on le sait, est l'exception.

Les symptômes généraux, pendant toute cette période d'état de l'ostéosarcome du bassin, sont qnelquefois très peu prononcés. On n'observe pas d'habitude ce rapide abattement des forces,cette prompte décoloration des tissus, cette cachexie hâtive qui sont l'apanage ordinaire des cancers viscéraux. Beaucoup de malades, si ce n'était l'acuité des douleurs et l'insommie qui en résulte, se trouveraient dans un état de santé satisfaisant, l'appétit ayant persisté, et les fonctions de l'économie s'accomplissant avec régularité.

Mais plus tard apparaît un symptôme nouveau qui jette l'inquiétude dans leur esprit, devient une cause d'inappétence, d'alanguissement et de faiblesse, et qui, plus ou moins rapidement, les conduira à la cachexie : nous voulons parler de la fièvre, de celle que M. le professeur Verneuil décrit sous le nom de fièvre des néoplasmes.

« Cette fièvre, qu'on pourrait appeler fièvre sarcomateuse, car c'est surtout alors qu'on la rencontre, peut naître et durer sous l'influence de néoplasmes simples en apparence, n'offrant aucun des caractères de l'inflammation, ni des complications éloignées ou générales, réputées capables d'élever la température. Cette fièvre peut pré-

senter des rémissions et se manifester par de véritables petits frissons ; les exacerbations ont surtout été vespérales dans les deux remarquables observations publiées par le professeur Verneuil. Les observations du mémoire d'Estlander, celle de Cauchois, mettent en lumière des faits tout à fait analogues. Cette fièvre peut en imposer pour une fièvre symptomatique d'états généraux graves et est supprimée par l'ablation de la tumeur sous l'influence de laquelle elle est née. » (Schwartz.)

Puisque cette question est à l'ordre du jour, qu'on nous permette d'apporter aussi notre modeste contingent de faits.

Dans l'observation 20, on voit que le malade, pendant la période d'état d'un ostéosarcome du bassin, est pris un certain jour de douleurs très vives, d'un frisson et de fièvre. Les jours suivants, la fièvre continue avec exacerbation le soir, ce qui (dit l'auteur de l'observation, Genouville) fait penser à une diathèse.

La malade de l'observation 43 (cas de Berthaut) avait aussi une élévation de température à exacerbation vespérale. Oscillant autour de 38° le matin, la température se maintenait ordinairement le soir à 39°, mais dépassa cinq ou six fois 40°.

Nous avons constaté le même fait dans deux de nos observations personnelles : l'une d'elles a pour sujet une femme de 54 ans, qui portait dans la fosse iliaque gauche une tumeur ostéosarcomateuse d'origine probablement périostale, à développement médiocrement rapide, mais très douloureux : le thermomètre atteignait, le soir 39° 5 et même 40° (obs. 42).

L'autre, que nous avons recueillie en 1878 dans le service de notre excellent maître M. Grancher, est particulière-

ment intéressante au point de vue qui nous occupe. Il s'agit d'un homme de 34 ans qui avait un ostéosarcome avec des irradiations atrocement douloureuses. A son entrée à l'hôpital, le 2 mai, cet homme nous racontait que ses accès de douleur étaient précédés par un frisson, qu'il souffrait surtout la nuit, et qu'à ce moment il se sentait pris de fièvre. Cependant, le thermomètre ne marquait que 37,5 à la visite du soir. Pour contrôler l'assertion du malade, nous prîmes alors, à partir du 6 mai et pendant plusieurs nuits consécutives, la température du malade vers minuit. Le malade la prit ensuite lui-même au moyen d'un thermomètre *a maximâ;* et nous constatons alors que dans une période de quinze nuits pendant laquelle l'expérience fut continuée, il y avait eu douze fois une température notablement plus élevée que la température vespérale; la différence était ordinairement de un degré, mais elle fut quelquefois de deux degrés. (Obs. 41.)

Quant à la cause de cette fièvre sarcomateuse, elle nous échappe presque complètement. On peut objecter à M. le professeur Verneuil, qui l'attribue à l'accroissement rapide de la tumeur et au mouvement organique qui en résulte, que beaucoup de néoplasmes se trouvant dans les conditions identiques ne déterminent cependant aucune élévation de température. Y aurait-il, comme se le demande M. Schwartz, une question de terrain individuel? La chose est possible. Quant à nous, ce qui nous a frappé dans les observations où la fièvre symptomatique existait, c'est que celle-ci était en rapport constant avec l'intensité de la douleur, comme si c'était la douleur qui déterminât la fièvre. Cette coïncidence était très nette, surtout dans le fait que nous venons de rapporter, puisqu'au moment même de la crise douloureuse la plus vive,

qui avait lieu entre 11 heures du soir et 1 heure du matin, la température s'élevait de un à deux degrés.

3° *Période de cachexie.* — Cette période est caractérisée par la débilitation générale de l'économie tout entière. Du côté de la tumeur on voit la peau se tendre, s'amincir, se couvrir de larges veines dilatées à mesure que le néoplasme augmente de volume, mais elle ne se laisse ordinairement pas envahir par la dégénérescence, à moins qu'on ne fasse intempestivement une incision, une ponction ou une application de caustique.

S'il n'y avait pas eu d'œdème jusqu'alors, il apparaît dans cette période ; il envahit l'autre membre si l'un d'eux était déjà atteint primitivement ; c'est un œdème mou, facilement dépressible, médiocrement douloureux, présentant, en un mot, tous les caractères de l'œdème cachectique. La tuméfaction des membres inférieurs contraste alors singulièrement avec l'amaigrissement général.

Les douleurs demeurent très vives ; c'est à peine si elles sont calmées momentanément par les injections sous-cutanées de morphine que le malade réclame avec insistance. L'appétit et le sommeil font absolument défaut. Si la fièvre n'existe déjà, elle se montre dans cette période et devient une nouvelle cause d'épuisement.

Ajoutez à cela la présence d'eschares au sacrum dans bon nombre de cas ; une diarrhée continuelle incoercible que nul médicament n'est capable d'arrêter ; quelquefois de l'incontinence d'urine et des matières fécales, et on aura une idée de l'état de marasme dans lequel tombe le malheureux patient, si quelque complication n'est pas venue hâter le terme de ses souffrances.

COMPLICATIONS.

A vrai dire, les complications de l'ostéosarcome du bassin ne sont qu'une manière d'être de cette affection; elles reconnaissent presque toujours pour cause la généralisation sarcomateuse. C'est ainsi que les signes de pleurésie et de pneumonie, et finalement les signes de pneumothorax observés dans le cas de Fussell (obs. 39), et qui ont amené la mort, étaient dus à des embolies sarcomateuses arrêtées dans le poumon ; de même, il y a tout lieu de croire que c'est à une embolie cérébrale de même nature que doivent être rapportés les phénomènes d'apoplexie et d'hémiplégie auxquels a succombé la femme qui fait le sujet de l'observation 44.

D'autres complications sont moins faciles à expliquer. Tel est le cas d'un malade (obs. 29), qui présenta pendant la vie, et chez lequel on constata après la mort une augmentation considérable du volume de la rate. Cet organe mesurait, en effet, 30 centimètres de longueur et 15 de largeur. On trouvait dans son intérieur plusieurs noyaux d'un jaune rougeâtre ou d'un jaune mat que l'on comparaît volontiers à du tubercule non ramolli et qui furent regardés comme des infarctus. Etaient-ce ces infarctus qui, en oblitérant les artères, avaient amené l'hypertrophie de la rate ? La question resta dans le doute, et on s'étonna, à bon droit, que ces infarctus se fussent produits uniquement dans la rate et dès le début de la maladie.

Un autre malade a succombé à la péritonite sans que lautopsie en démontrât bien nettement la cause. (Obs. 31.)

Telles sont les principales complications que nous avons relevées. Nous laissons de côté celles qui tiennent à la compression des vaisseaux et nerfs, lesquelles par leur fréquence acquièrent véritablement l'importance d'un symptôme, et sur lesquelles nous avons suffisamment insisté dans le chapitre précédent.

MARCHE. — DURÉE.

La marche de la maladie n'a rien de défini et de régulier. Tantôt relativement lente, tantôt extrêmement rapide, elle semble procéder, dans certains cas, par poussées successives, tandis que d'autres fois son évolution est continue.

La première période surtout, ou période de début, est remarquable par les différences de durée qu'elle peut présenter : il y a des malades qui se plaignent de douleurs sciatiques plusieurs années avant l'apparition d'une tuméfaction quelconque.

Certaines circonstances d'ailleurs peuvent accélérer la marche de la maladie, lui donner un coup de fouet. Nous avons déjà, à ce propos, signalé l'influence fâcheuse de la grossesse.

Quant à la durée totale de la maladie, c'est-à-dire au temps qui s'écoule depuis l'apparition du premier symptôme jusqu'à la mort, elle offre également d'assez grandes variétés, lesquelles sont vraisemblablement en rapport non seulement avec la forme de l'ostéosarcome, mais encore avec l'âge du malade, et avec le terrain sur lequel la maladie s'est développée. C'est ainsi que, d'une façon générale, il nous semble que la marche était plus rapide chez les jeunes sujets.

Les termes extrêmes que nous avons rencontrés ont été 3 mois et 6 ans ; comme durée moyenne, nous avons trouvé 16 mois. Ce dernier chiffre nous autoriserait à conclure que l'ostéosarcome du bassin conduit à une terminaison fatale plus rapidement que l'ostéosarcome des membres qui, d'après les tableaux de Gross, aurait une durée moyenne de 2 ans 1[2 environ.

EXOSTOSES.

Les exostoses du bassin sont rares ; c'est à peine si nous avons pu en réunir quelques observations complètes et authentiques.

On les trouve mentionnées, c'est vrai, à l'article *Dystocie* de la plupart des traités d'accouchements, mais comme les auteurs n'avaient en vue que le point spécial qui les occupait, c'est-à-dîre la gêne apportée au travail de l'accouchement et les moyens d'y remédier, ils ont passé sous silence tout ce qui avait trait à l'évolution clinique de la tumeur. D'un autre côté, avant les grands travaux d'anatomie pathologique du dernier demi-siècle, on ne connaissait guère le sarcome des os, et nous sommes convaincu que, plus d'une fois, le terme exostose du bassin a été employé pour désigner indifféremment toute tumeur osseuse, quelle qu'en fût la nature. Nous sommes autorisé à croire que cette confusion s'est produite, si l'on veut bien remarquer que les exostoses du bassin, réputées fréquentes encore au commencement du siècle, sont devenues d'autant plus rares que la texture intime des tumeurs osseuses a été étudiée de plus près.

Aussi renverrons-nous aux ouvrages de Velpeau, de Moreau, de Naegele, dans lesquels on trouvera l'énumération succinte d'un certain nombre de cas d'exostoses, la source d'où on les a tirés, le nom des observateurs qui les ont produits. Intéressante peu-être au point de vue bibliographique, cette énumération n'a que peu de valeur au point de vue clinique.

Les principales observations servant de base à la courte description que nous essaierons de faire sont les suivantes :

1 cas de Regnoli et Rognetta ;

2 cas, l'un de Kraus et l'autre de Kibbin, rapportés par Danyau dans les notes ajoutées à la traduction de Naegele ;

1 cas de John Lever ;

1 cas de Broca ;

Et enfin 1 cas inédit, que nous a communiqué M. le professeur Duplay.

Nous ajouterons à cela une note intéressante de notre excellent ami Ch. Feré, sur les exostoses séniles du pubis chez la femme.

ÉTIOLOGIE.

La scrofule, la syphilis, le rhumatisme, la goutte ont été invoqués comme causes prédisposantes de l'exostose pelvienne. Il est vraisemblable, en effet, que le développement de ce genre de tumeurs est sous la dépendance d'un vice constitutionel, mais nous avouons que les observations ne permettent pas de l'affirmer : toutes sont négatives au point de vue des antécédents constitutionnels. Ce qui paraît mieux démontré, c'est l'influence de l'hérédité, car on voit parfois plusieurs membres d'une même famille atteints d'exostoses.

Si, sous le rapport du sexe, il y a une grande prédominance de fréquence en faveur du sexe féminin, cela doit tenir sans aucun doute à ce que ce sont les accoucheurs qui presque toujours ont été appelés à constater l'existence d'une tumeur qui ne s'était révélée jusqu'alors par aucun signe palpable. Cependant le cas de Regnoli et celui de M. Duplay appartiennent à des hommes.

Les exostoses se rencontrent à l'âge adulte ; nous n'en

n'avons vu signalé aucun cas dans l'enfance et dans l'adolescence. Par contre, la vieillesse prédispose à une forme toute particulière d'exostose pubienne.

Comme causes occasionnelles, il faut citer le traumatisme : le malade de Regnoli et Rognetta avait eu une contusion au point même ou l'exostose se développa plus tard.

SYMPTOMATOLOGIE.

Nous avons vu que l'ostéosarcome avait pour siège de prédilection les parties latérales du bassin et qu'on le voyait rarement se développer aux extrémités du diamètre antéro-postérieur, au sacrum et surtout au pubis. Ces derniers points sont au contraire ceux qui donnent le plus souvent naissance à l'exostose.

Le cas de Kraus, de Kibbin, de Broca, se rapportent à des exostoses du sacrum ; ceux de Lever, de Regnoli, de Duplay, etc. à des exostoses du pubis.

Tantôt la tumeur se développe à l'extérieur du bassin (obs de Regnoli et de Duplay) ; tantôt et plus souvent elle se développe dans la cavité pelvienne elle-même.

On conçoit que les symptômes doivent être tout différents suivant qu'il s'agit d'une exostose extra-pelvienne ou d'une exostose intra-pelvienne. Eu effet, la première ne donne lieu qu'à des phénomènes de compression assez vagues : crampes douloureuses dans tout le membre (Regnoli) ; douleurs s'irradiant dans le dos, dans le bas-ventre, dans les testicules et dans les fesses (Duplay). De plus, par le fait de son volume, la tumeur gêne plus ou moins les mouvements de flexion de la cuisse ou les mouvements d'inclinaison du tronc, ainsi qu'on le voit dans le cas de Re-

gnoli. Généralemcnt, ces douleurs augmentent dans la station debout et pendant la marche.

La seconde, en comprimant les organes du petit bassin, donne lieu à des symptômes autrement graves. Ainsi, A. Cooper rapporte, en l'attribuant à Boyer, « un cas d'exostose qui naissait du pubis, déterminait une rétention d'urine, s'opposait à l'introduction de la sonde, et amena ainsi la mort du malade » (Bouilly) (1).

Dans le cas de John Lever, il s'agit d'une femme qui souffrait de douleurs internes depuis plusieurs années et qui finalement fut prise aussi de rétention d'urine : la dureté de la tumeur, son immobilité, sa forme firent supposer à ce chirurgien qu'il avait affaire à une exostose du pubis et la jutesse de sa supposition fut confirmée par la nécropsie.

Nous avons été frappé par ce fait que l'exostose (à part le cas de Lever que nous venons de rapporter) se développe ordinairement d'une façon silencieuse, et qu'il faut, pour qu'elle se révèle, ou un trouble fonctionnel grave, tel que la rétention d'urine, ou un retard dans le travail de l'accouchement, des circonstances, en un mot, qui poussent le médecin à faire un examen attentif. Nous n'avons rencontré nulle part ni les douleurs précoces, ni la sciatique persistante, ni l'œdème des membres inférieurs qui indiquent presque à coup sûr qu'on est en face d'une tumeur intra pelvienne.

Il est rare aussi que l'exostose parvienne à acquérir un volume considérable. Le plus souvent on compare son volume à celui d'une pomme ou d'un œuf de poule. Il faut regarder comme exceptionnelles les dimensions de la tu-

(1) Bouilly. Thèse d'agrégation, 1880, p. 176.

meur dont parle Kraus, qui avait 7 pouces dans un sens et 6 dans l'autre, qui remplissait l'entrée et l'excavation du petit bassin et occupait une bonne partie du grand ; il en est de même pour celle que Moreau a figurée dans son atlas (Pl. 11 fig, 2), qui adhérait à la partie supérieure de la symphyse du pubis et à la paroi cotyloïdienne droite et qui occupait également presque la totalité du bassin.

Comme caractères principaux de la tumeur, il faut citer l'immobilité, sa dureté osseuse, éburnée, et sa forme. Celle-ci tend ordinairement à se rapprocher de la forme sphérique ; mais au lieu que sa ligue de contour soit régulière, elle est assez souvent coupée par des sillons plus ou moins profonds qui délimitent des sortes de lobes. En plus de cela, la surface de la tumeur est quelquefois recouverte de nombreuses aspérités qui lui donnent un aspect rugueux qu'on ne trouve dans aucune autre espèce de tumeur osseuse.

Nous avons dit que chez les veillards il existait une variété particulière d'exostoses pubiennes. Voici, à ce sujet, la note que nous a obligeamment communiquée notre excellent ami et collègue Ch. Féré :

« A la partie postérieure de la symphyse pubienne, il existe souvent une sorte d'épine que l'on peut voir assez saillante même chez des sujets relativement jeunes, comme Cruveilhier le note chez une femme récemment accouchée ; mais c'est surtout chez les vieilles femmes que l'on rencontre cette saillie très accusée. Chez certains sujets, il existe en ce point une véritable tumeur qui peut atteindre et dépasser le volume de la phalangette du pouce. Cette saillie est allongée suivant l'axe vertical dans la direction de la symphyse, et est ordinairement beaucoup plus marquée à la partie supérieure. Ces productions ne sont pas très

rares : sur les 100 premières autopsies de femmes ayant dépassé 60 ans que nous avons faites cette année à la Salpêtrière nous avons trouvé 16 fois une saillie qu'on pouvait considérer comme pathologique. Si on pratique une coupe horizontale de la symphyse, on voit que la tumeur se compose de 2 épines développées isolément aux dépens de la face postérieure de chaque pubis et séparées par un vestige du ligament interosseux très aminci ; deux fois seulement, nous avons trouvé les épines osseuses fusionnées à leur sommet, tandis que leurs bases étaient encore séparées par du tissu fibro-cartilagineux ; il s'agissait alors de tumeurs assez volumineuses. Ces productions ressemblent tout à fait aux ostéophytes réunissant les corps vertébraux et que l'on rencontre beaucoup plus souvent chez les hommes (1) ; on peut en rencontrer de semblables au niveau des autres articulations du bassin, lorsque les conditions de pression des surfaces se trouvent modifiées : nous en avons noté par exemple, dans un cas de déformation du bassin consécutive à une anciene coxalgie (2). »

Ces exostoses avaient été certainement reconnues déjà par Robert, qui leur a consacré les lignes suivantes (3) : « On voit, surtout chez les personnes âgées, un tubercule placé derrière la symphyse pubienne, saillant dans la vessie, et que l'on pourrait prendre pour un calcul par le cathétérisme, et qui est un obstacle à la taille sus-pubienne.

« Il n'est pas rare de voir une crête osseuse qui, partant du pubis, remonte à un et même deux pouces au-dessus de lui, en se confondant intimement avec la ligne blanche

(1) Ch. Féré. Exostoses séniles des corps des vertèbres. Bull. Soc. anat., 1877, p. 95.

(2) Ibid., pp. 227 et suiv.

(3) Journal des Progrès, t. VIII, p. 190.

dont elle semble être une partie. Cette disposition a été rangée parmi les causes qui contre indiquent la taille sus-pubienne.

« Elle ne se montre cependant pas assez souvent pour faire rejeter une opération dont les auteurs ont constaté le succès. »

Cloquet et Bérard, dans l'article exostoses, du Dictionnaire en 30 volumes, font également allusion à ces exostoses pubiennes pouvant pénétrer dans la vessie. Sur le cadavre d'une vieille femme morte à l'hôpital Saint-Louis, ces auteurs avaient trouvé deux exostoses éburnées, naissant dans la partie postérieure du pubis, qui avaient « détruit la paroi antérieure de la vessie et se trouvaient à nu dans la cavité de cet organe, de sorte que pendant la vie on aurait très bien pu les prendre pour des pierres urineuses adhérentes. » (Bouilly.)

La marche et la durée de l'exostose du bassin ne peuvent être déterminées d'une façon exacte puisque l'on manque généralement de renseignements sur l'époque du début. Mais on peut dire a priori que, bénignes dans leur nature, ces tumeurs resteraient longtemps compatibles avec un bon état de santé, si elles n'exposaient pas à quelques complications sérieuses dues à la compression (la rétention d'urine, par exemple), et surtout à de graves complications obstétricales. C'est un point sur lequel nous aurons à revenir à propos du pronostic.

ENCHONDROMES.

L'enchondrome du bassin a fait l'objet d'un mémoire justement célèbre de Dolbeau, publié dans le journal le Progrès de 1859-1860, et basé sur l'étude de treize observations. La description qu'a faite cet auteur conserve aujourd'hui encore toute sa rigoureuse exactitude quant aux points principaux, et nous y ferons de larges emprunts.

Si nous nous permettons d'aborder à notre tour ce sujet, après un maître illustre, la raison en est que nous avons pu réunir un certain nombre de cas, qui, ou bien avaient échappé à Dolbeau, au moment de la publication de son travail, ou bien se sont produits depuis, et qui complètent ou modifient, sur certains points secondaires, la description qu'il nous a laissée. Nous ne citerons que pour mémoire une thèse passée en 1876 devant la Faculté de Paris, sur l'enchondrome du bassin, et dont une observation récente faisait tous les frais, l'auteur paraissant ignorer complètement l'existence du travail antérieur de Dolbeau (1).

ÉTIOLOGIE.

On sait que les enchondromes sont beaucoup moins fréquents aux os de la tête et du tronc qu'aux os des membres. En effet, Follin, d'après Lebert, sur 104 cas d'enchondrome des os, n'en a trouvé que 15 pour la tête et 9 seule-

(1) François. Contribution à l'étude de l'enchondrome du bassin. Thèse Paris, 1876.

ment pour les os du tronc. Mais parmi les os du tronc, les os du bassin tiennent le premier rang et doivent être placés même avant l'omoplate. En effet, Demandre avait pu réunir, en 1873, 13 cas d'enchondrome de l'omoplate ; nous avons, de notre côté, rassemblé 22 cas d'enchondrome du bassin, dont 2 seulement sont postérieurs à 1873 ; de sorte qu'il est permis de dire que les enchondromes du bassin sont plus fréquents que ceux de l'omoplate, dans la proportion d'un tiers environ.

Les hommes y sont plus prédisposés que les femmes; sur 20 observations où le sexe est indiqué, nous trouvons 12 hommes et 8 femmes.

Quant à l'âge, on répète partout que l'enchondrome est une affection de la jeunesse et même de l'enfance. Il n'en est pas ainsi, pour l'enchondrome du bassin tout au moins.

Déjà Dolbeau signalait comme limites 21 et 58 ans; nous relevons celles de 16 et 74 ans et, comme âge moyen des malades qui ont réclamé des soins, nous avons obtenu l'âge de 40 ans.

Comme causes prédisposantes Virchow indique le rachitisme. En est-il une réellement ? nous ne saurions le dire. La seule qui soit incontestable, c'est l'hérédité.

Comme causes occasionnelles il faut encore citer au premier rang le traumatisme qui paraît avoir eu une influence réelle dans trois observations au moins (obs. 2, 15 et 16). Dans l'observation 16 nous trouvons même ce fait remarquable que les phénomènes locaux douloureux se sont manifestés le jour même de la chute, et qu'ils ont été suivis rapidement eux-mêmes par l'apparition d'une tumeur.

La grossesse ne nous a pas paru jouer un rôle important dans l'étiologie de l'enchondrome.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Siège.— Caractères extérieurs de la tumeur.— Selon Dolbeau, l'enchondrome se rencontrerait plus souvent à gauche qu'à droite. Il est présumable que cet auteur est tombé sur une série d'enchondromes du côté gauche, car nous n'avons pas retrouvé cette particularité que rien n'explique. Sur 15 observations où le côté est mentionné, nous en avons trouvé 7 se rapportant au côté droit et 8 au côté gauche, ce qui revient à dire que l'enchondrome se développe indifféremment dans l'un ou l'autre côté du bassin.

Si nous envisageons maintenant (ainsi que nous l'avons fait déjà pour l'ostéosarcome et l'exostose) le siège de l'enchondrome par rapport aux diamètres antéro-postérieur et transverse du bassin, nous constaterons que c'est aux extrémités du diamètre antéro-postérieur que ce néoplasme se rencontre presque toujours. Nous n'avons relevé, en effet, que 5 enchondromes de la région iliaque proprement dite, tandis que ceux des régions pubienne, ischiatique, sacrée et sacro-iliaque atteignent le chiffre de 14. Mais il faut observer que tous ces points ne sont pas envahis avec une fréquence égale ; les trois quarts des cas au moins appartiennent au pubis et à l'ischion, et un quart seulement au sacrum ou à la région sacro-iliaque.

De toutes les tumeurs osseuses du bassin, l'enchondrome est celle qui est susceptible d'acquérir le volume le plus considérable. Pour en donner une idée nous rappellerons succinctement les quelques faits suivants : la tumeur occupait la plus grande partie des cavités pelvienne et abdominale (obs. 13); la tumeur pesait 27 livres et avait plus d'un

mètre de circonférence (obs. 14) ; la tumeur descendait jusqu'aux genoux (obs. 16), etc.

La forme est ordinairement assez irrégulière, la tumeur étant presque toujours divisée en un certain nombre de lobes de volume très inégal. Quant à sa consistance, elle passe par deux phases différentes, suivant la période d'évolution du néoplasme : dans la première période, elle est osseuse ou fibreuse, mais ordinairement égale dans tous ses points; dans la seconde, quand la tumeur devient très volumineuse, on trouve, au contraire, une consistance inégale, et à côté de parties d'une dureté osseuse, il en est d'autres qui présentent une véritable fluctuation.

C'est le propre, en effet, des tumeurs cartilagineuses de subir la degénérescence kystique. Sans rechercher le mécanisme de cette dégénérescence, étudiée par Virchow, nous dirons seulement ici que les kystes qui en résultent peuvent avoir un volume considérable et même en imposer pour un kyste de l'ovaire (Obs. 21), et que leur contenu est ordinairement visqueux, colloïde et d'une coloration plus ou moins foncée, pouvant aller jusqu'à la couleur chocolat.

Les parties molles souffrent relativement peu du voisinage des enchondromes du bassin.

Quand il s'agit de tumeurs de volume moyen, la peau conserve et sa mobilité, et sa coloration normales; mais quand il s'agit de ces énormes tumeurs auxquelles nous avons fait allusion, la peau se distend, s'amincit, devient luisante, en même temps qu'elle se recouvre d'un riche réseau de veines dilatées, indice d'une circulation complémentaire.

Bien plus, elle s'ulcère même quelquefois (c'est toujours un fait exceptionnel), ainsi que nous le voyons dans l'ob-

servation 16. Mais il faut bien se garder de voir dans cette ulcération un signe de malignité : elle est simplement la conséquence d'une nécrose locale causée par l'extrême distension de la peau dans laquelle toute circulation est devenue impossible et nous ne pouvons nous empêcher de la comparer à celle que M. le professeur Duplay nous a fait remarquer tant de fois à la surface de certaines tumeurs bénignes du sein ayant acquis un développement considérable.

D'ailleurs, à propos du diagnostic, nous aurons à dire les caractères qui distinguent cette ulcération mécanique de la véritable ulcération maligne ou cancéreuse.

Les muscles refoulés par la tumeur subissent un degré plus ou moins prononcé d'atrophie, mais n'arrivent jamais à cette destruction complète, à cette disparition du tissu musculaire, que nous avons rencontrée si souvent dans l'ostéosarcome.

Rien à signaler du côté des artères qui paraissent rester indemnes dans tous les cas.

Quant aux veines, elles finissent par être comprimées au point que la circulation s'y arrête et que le membre est envahi par l'œdème; mais il s'agit là, en somme, d'un fait rare. Plus rare encore doit être l'altération des nerfs si l'on en juge par le peu de fréquence de la sciatique symptomatique dans la variété de tumeurs qui nous occupe.

On sait maintenant, à n'en plus douter, que l'enchondrome est susceptible non seulement de propagation par simple voisinage, mais même de généralisation. Nous voyons, par exemple, dans l'observation 16, que le tiers supérieur du fémur est en partie détruit; dans l'observation 14, il y a un prolongement de tissu cartilagineux dans le canal rachidien; il en est exactement de même dans l'ob-

servation 19, où, de plus, un autre prolongement existe dans la veine iliaque primitive; enfin, dans l'observation 20, on a noté la présence de noyaux cartilagineux dans les muscles, dans les ganglions inguinaux profonds et dans la veine fémorale. Ces quelques faits suffisent pour prouver que l'enchondrome n'est pas toujours une tumeur qui naît et se développe sur place.

Nous terminerons par cette remarque que dans les cas où il existait un prolongement néoplasique dans le canal rachidien ou dans l'une des grosses veines de la région, il n'y avait eu, malgré cela, ni œdème, ni phénomènes de compression médullaire.

SYMPTOMATOLOGIE.

Au point de vue de leur symptomatologie, Dolbeau divise les enchondromes du bassin en deux catégories : 1° les enchondromes qui se développent sur la surface extérieure du pelvis ; 2° les enchondromes qui se développent à la surface interne du bassin.

Les premiers ont pour siège à peu près exclusif le pubis et la branche ischio-pubienne, et ils se comportent à la façon des tumeurs de la région inguinale, Nous ne saurions mieux faire que de rapporter ici la description que leur consacre M. le professeur Verneuil (1): « On voit que la tumeur, née d'ordinaire sans cause connue, soulève d'abord le pli inguinal au-dessus, au-dessous ou en arrière de l'arcade crurale; que là elle s'étend vers l'abdomen, la fosse iliaque, la cavité pelvienne, le triangle de Scarpa; que fixe

(1) Verneuil. Art. Aine, du Dict. encyclop., t. II, p. 315.

et fortement adhérente dès l'origine, elle conserve une dureté très grande tant qu'elle est d'un volume médiocre ; qu'elle offre, au contraire, des bosselures ramollies quand elle acquiert des dimensions considérables ; que, circonscrite ou étendue, sa surface est toujours inégale, mamelonnée, rugueuse ; que presque indolente pendant toute sa durée, elle ne détermine que des troubles mécaniques conséquents avec ses rapports et la direction dans laquelle elle progresse : gêne dans les mouvements de la cuisse, œdème, etc. »

Ajoutons à cela qu'on ne connaît pas de fait montrant un enchondrome qui serait né sur la face postérieure du sacrum ou dans la fosse iliaque externe, ainsi que Dolbeau l'avait déjà fait remarquer dans son mémoire.

Les seconds, qui ont leur point de départ sur la face antérieure du sacrum ou sur l'os iliaque au voisinage de l'articulation sacro-iliaque, restent ordinairement méconnus jusqu'au moment où leur volume commence à devenir considérable, ou jusqu'au moment où des phénomènes de compression invitent le médecin à explorer la fosse iliaque. Ils se comportent à la façon des tumeurs intra-pelviennes.

Revenons maintenant sur quelques-uns des symptômes que nous n'avons fait qu'énumérer, afin d'en mieux étudier les caractères et la fréquence.

Dans l'immense majorité des cas, la tumeur est le premier symptôme observé ; c'est souvent une circonstance fortuite ou un trouble fonctionnel de peu d'importance qui la font découvrir par le malade.

La douleur n'a été signalée comme phénomène initial que dans deux observations : dans l'une (obs. 8), le malade éprouva de la douleur dans les lombes et la hanche

pendant les quatre mois qui précédèrent l'apparition de la tumeur ; dans l'autre (obs. 16), la douleur succéda immédiatement à un traumatisme, et fut suivie rapidement elle-même par l'apparition de la tumeur.

Non seulement la douleur est rare, comme phénomène de début, mais elle reste rare pendant toute la durée de l'évolution de l'enchondrome. C'est à peine si, dans quelques observations, on signale des douleurs vagues dans la jambe, ou une sensation de fatigue, à la suite de la station debout (obs. 20), à la suite du séjour au lit trop prolongé (obs. 2). Jamais je n'ai vu notées ces douleurs atroces de sciatique qui sont si fréquentes dans les tumeurs malignes du bassin.

La tumeur, elle-même, est indolente spontanément et à la pression. Dans la remarquable observation 12, qui a trait à un enchondrome à marche rapide, ayant simulé un ostéosarcome, cette indolence existait complète, et c'était là un élément de diagnostic, dont il nous semble qu'on n'a pas tenu suffisamment compte.

L'œdème d'un des membres inférieurs s'est rencontré seulement 5 fois, et il est toujours apparu assez tardivement. Rappelons ce fait, que nous avons déjà signalé, qu'il n'y avait pas d'œdème dans un cas où la veine iliaque primitive était en partie occupée par un prolongement de la tumeur (obs. 19).

Les autres phénomènes de compression : gêne de la miction, par suite de la déviation du canal (obs. 2) ; troubles de la menstruation (obs. 20) ; constipation (obs. 14, 15), sont également peu fréquents.

On a accordé jusqu'ici, à notre avis, aux phénomènes de compression, une place beaucoup trop grande dans le tableau clinique de l'enchondrome ; l'étude attentive et mi-

nutieuse des faits actuellement connus nous permet d'affirmer que les auteurs sont tombés dans une certaine exagération.

L'état général reste bon, telle est la règle. Il ne s'était pas altéré dans l'observation de Fichte (obs. 12), où plusieurs symptômes concomitants, et la marche assez rapide de la tumeur en avaient imposé pour un ostéosarcome. Ce n'est qu'à la dernière période, quand la tumeur est très volumineuse, que surviennent des phénomènes généraux, du trouble des fonctions digestives, de l'amaigrissement, de la fièvre hectique, tous les symptômes communs, en un mot, aux tumeurs intra-abdominales de grand volume, aux kystes de l'ovaire en particulier. Quelquefois, la mort est hâtée par une complication ; ainsi un malade (obs. 14) eut de l'ascite et un peu plus tard une pleurésie gauche à laquelle il succomba.

La marche de l'affection est ordinairement lente. Toutefois, il est assez difficile de préciser sa durée pour deux raisons : la première, c'est que l'enchondrome pouvait exister depuis longtemps, avant le moment où il a été constaté ; la seconde, c'est qu'il y a un certain nombre de cas où une intervention opératoire a modifié d'une façon heureuse ou malheureuse le mode de terminaison. La moyenne de durée à laquelle nous sommes arrivé est de quatre ans ; mais c'est un chiffre qu'il faut évidemment quelque peu forcer pour les raisons que nous venons de donner.

FIBROMES.

Nous ne dirons que quelques mots des fibromes du bassin, qui ne sont pas des tumeurs des os proprement dites, mais seulement des tumeurs ayant un point de départ osseux ou plutôt périostique.

L'étude en a d'ailleurs été faite d'une façon complète par Bodin (1), par Nélaton (2), et plus récemment par Nicaise (3).

« Ces tumeurs, dit Nicaise, ont été rencontrées au niveau de la crête iliaque, des fosses iliaques, dans l'intérieur du bassin (Depaul), et dans les parois abdominales. .

« ... Elles prennent toujours naissance dans les tissus fibreux ou aponévrotiques, rarement sur le périoste seul. Le plus souvent, elles ont leur point d'implantation à la fois sur le périoste et les aponévroses d'insertion, et il semble que dans la majorité des cas, le point de départ se trouve au niveau même de l'union de ces aponévroses avec le périoste.

« Quels que soient le siège et le point de départ, il s'agit toujours de fibromes présentant par places soit une altération myxomateuse, soit des amas fibro-cellulaires, soit des kystes, soit des épanchements sanguins, des dégénérescences granulo-graisseuses.

« Ces tumeurs ont été désignées successivement sous les

(1) Bodin. Thèse de Paris, 1861.
(2) Gaz. des hôpitaux, 1862, p. 77.
(3) Revue mensuelle de médecine et de chirurgie, 1878, p. 752.

noms de tumeurs fibreuses intra-pelviennes, extra-pelviennes, tumeurs fibreuses de la crête iliaque, de la fosse iliaque, fibromes intra-pariétaux.

« Elles se développent presque exclusivement chez la femme et chez celle qui a eu des enfants » (Nélaton).

Nous ajouterons peu de choses à cette description, nous réservant de revenir sur quelques points particuliers à propos du diagnostic. Disons seulement que si, dans l'immense majorité des cas, ces tumeurs naissent de la crête iliaque et constituent cliniquement des tumeurs de la fosse iliaque, il n'en est pas toujours ainsi. Par exemple, Depaul a trouvé, chez une femme à laquelle il avait dû appliquer le forceps, une énorme tumeur fibreuse implantée dans les trous de conjugaison des deux dernières vertèbres lombaires du côté gauche et dans le trou sacré gauche de la troisième vertèbre sacrée. Ce fibrome, qui pesait 1,260 grammes et avait 23 centimètres de diamètre, avait été pris pendant la vie pour une tumeur du segment postérieur de la matrice (1).

Chez un enfant de 19 mois qui avait eu de la rétention d'urine et qu'on n'avait pu sonder, H. Smith (2) constata, à l'autopsie, une grosse et irrégulière tumeur fibreuse interposée entre le rectum et la vessie. Elle semblait avoir pour origine le périoste du pubis et de l'ischion, s'était insinuée sous l'arcade pubienne et avait repoussé l'urèthre contre l'ischion du côté gauche.

En 1878, M. Nicaise (3) observa, chez un homme de 69 ans, une tumeur indolente du volume d'un œuf, située en dedans de la tubérosité de l'ischion, à laquelle elle

(1) Depaul. In Bull. de la Soc. de chirurgie, 1877, p. 741.
(2) The Lancet, 1873.
(3) Revue mensuelle de médecine, 1878, p. 761.

semblait adhérer ; sa partie moyenne répondait à la limite antérieure de l'anus. Cette tumeur, très mobile dans le sens antéro-postérieur, mais peu mobile latéralement (à cause de son adhérence à la tubérosité ischiatique), fut regardée par M. Nicaise comme un fibrome.

Nous citerons enfin le cas intéressant de fibro-myxome du bassin, communiqué à la Société de chirurgie par M. Tillaux (1). Il s'agisssait d'un homme de 47 ans, qui s'était aperçu vingt ans auparavant de l'existence, à la partie postérieure de la fosse ischio-rectale droite, d'une tumeur grosse comme un œuf de poule. Plus tard, la tumeur augmentant de volume, il eut des symptômes de sciatique, et finalement des troubles de la miction et de la défécation qui le décidèrent à réclamer une intervention chirurgicale. Le diagnostic porté par M. Tillaux avait été : fibro-enchondrome du bassin ; mais il fut reconnu, après l'ablation de la tumeur, que c'était un fibro-myxome ayant eu son point de départ dans le coccyx, auquel elle était rattachée par un pédicule de la grosseur du doigt.

Nous avons rapporté brièvement ces quelques faits uniquement pour faire voir que l'idée de fibrome du bassin ne doit pas être écartée *à priori*. quand on a affaire à une tumeur dont le siège ne répond pas au siège classique indiqué par Bodin, par Nélaton et la plupart des auteurs.

(1) Bull. de la Soc. de chiruigie, 1875, p. 884.

KYSTES HYDATIQUES.

Nous n'entreprendrons pas de faire l'historique des kystes hydatiques des os. On trouvera, sur cette question, des renseignements complets dans une note de Dezeimeris (1), dans l'ouvrage de Davaine, dans le mémoire de Viertel (2). Nous rappellerons seulement que Davaine, sur 20 cas de kystes hydatiques des os, en avait trouvé 3 appartenant au bassin; Viertel en trouva 5 sur un total de 27 cas; quant à nous, nous avons pu en réunir 9 cas, ce qui, dans l'ordre de fréquence, place les kystes hydatiques des os du bassin immédiatement après ceux du tibia.

ÉTIOLOGIE.

L'étiologie est celle des kystes hydatiques en général et nous n'y insisterons pas. La maladie atteint les hommes et les femmes avec une égale fréquence et ne se rencontre que chez les adultes.

Comme cause occasionnelle, Viertel nous fait remarquer que sur les 27 cas d'hydatides des os qu'il a rassemblés, 11 fois un traumatisme précéda la maladie. Nous le trouvons nous-même signalé dans les observations 2, 7 et 8; dans cette dernière, il y eut même une exacerbation des symptômes après une nouvelle chute.

(1) Journal l'Expérience, 1838, nº 34.
(2) Arch. f. klin. chirurg., 1875, p. 476.

On ne saurait donc lui contester une certaine influence, non pas, certes, qu'il soit capable de déterminer la genèse des échinocoques, mais parce que la partie contusionnée est plus favorable sans doute à leur développement.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Le siège de prédilection des hydatides est la partie moyenne de l'os iliaque, au voisinage de l'articulation coxo-fémorale, où on les a vues siéger six fois; une fois seulement elles occupaient le sacrum et une fois le pubis.

« Quelquefois, dit Davaine, les hydatides occupent des loges distinctes dans le tissu spongieux; plus souvent, les vésicules, en nombre plus ou moins grand, sont renfermées dans une poche unique. Le développement de cette poche est lent, et sa durée est, dans la plupart des cas, de plusieurs années. Elle peut acquérir le volume du poing. A l'intérieur, elle est lisse, au moins dans les premiers temps, et consiste dans une membrane mince, distincte du tissu osseux environnant; on y remarque des impressions analogues à celles de la face interne du crâne.

« Les parois osseuses qui renferment le kyste acquièrent d'abord un accroissement proportionnel à celui de la poche hydatique; elles se distendent, s'amincissent, en sorte que cette partie de l'os forme une tumeur assez régulière; plus tard, certaines portions plus amincies se résorbent, se perforent, et le kyste vient en contact avec les parties molles qu'il refoule en continuant de se développer; alors, les organes voisins comprimés ou déplacés sont plus ou moins gravement compromis. »

Quand les choses en sont arrivées là, les kystes hydati-

ques se traduisent par des désordres aussi graves que les tumeurs de mauvaise nature, à marche destructive. On voit les hydatides pénétrer dans l'articulation coxo-fémorale (obs. 2, 6, 7, 8, 9) et dans l'articulation sacro-iliaque (obs. 7) ; l'extrémité du fémur, en partie détruite, passer dans la cavité du bassin (obs. 7 et 9) et cet os se fracturer spontanément (obs. 9) ; le canal sacré et le canal vertébral être occupés par des acéphalocystes (obs. 1, 4) qui ont détruit les vertèbres sacrées et lombaires ; des poches hydatiques se former dans les parties molles intra et extra-pelviennes (obs. 2). Quant à la peau, elle conserve son intégrité au milieu de tous ces désordres.

On aura une excellente idée des lésions produites par les hydatides dans les os du bassin en consultant les belles planches de Viertel (1) et de Reczey (2).

Le liquide contenu dans les poches s'altère rapidement, autant qu'on en peut juger par l'examen qu'on en a fait pendant la vie à la suite de ponctions, ou à l'autopsie. Pas une seule fois, en effet, on n'a trouvé le liquide incolore, limpide, caractéristique du liquide hydatique. C'est, au contraire, un liquide purulent, quelquefois inodore (obs. 6, 7, 8), quelquefois fétide (obs. 1), de coloration variable, mélangé ou non de débris membraneux quelque peu analogues à la membrane des échinocoques (obs. 8).

Dans un cas (obs. 9), on trouva à l'autopsie un kyste hydatique dans le poumon.

(1) Loc. cit.

(2) Deutsche Zeist. f. chirurgie, VII, 1876.

SYMPTOMATOLOGIE.

Plus ou moins longtemps, quelquefois un grand nombre d'années après un traumatisme, ou sans cause connue, apparaît une tumeur au niveau de la hanche. Dans certains cas, cette tumeur est le premier symptôme observé par le malade ; plus souvent, son apparition a été précédée par des douleurs modérées en un point fixe, survenues quelquefois tout d'un coup à propos d'un effort, que la fatigue exagère, et qui apportent une gêne plus ou moins considérable à l'exercice de la marche.

Quoi qu'il en soit, cette tumeur offre, dès son apparition, les caractères d'une tumeur fluctuante, et ces caractères s'accentuent davantage à mesure qu'elle augmente de volume. Aussi est-il facile de comprendre qu'une semblable tumeur, douée d'une fluctuation manifeste, et succédant à une douleur contusive locale, en ait souvent imposé pour un abcès froid.

Dans les cas où les hydatides ont détruit l'articulation coxo-fémorale, on observe alors du raccourcissement du membre, de l'impotence fonctionnelle, tous les symptômes, en un mot, d'une coxalgie confirmée. Il en était ainsi, notamment, chez les malades des observations 2, 7 et 8.

La tumeur est tantôt unique, tantôt multiple. Dans ce dernier cas, il se peut qu'on constate la communication entre elles de deux poches voisines (Obs. 9).

La tumeur est indolente, même à la pression, dans la moitié des cas environ. Lorsqu'elle est le siège de douleurs, celles-ci n'ont jamais un caractère très aigu ; de

plus, elles sont locales et ne paraissent pas dépasser la sphère du bassin. Si l'articulation coxo-fémorale est envahie, on peut, au contraire, déterminer des douleurs très vives en imprimant des mouvements au membre.

Nous n'avons pas vu que l'œdème ait été jamais signalé comme conséquence possible d'une compression exercée par la tumeur hydatique sur les gros troncs veineux de la fosse iliaque et de la cuisse.

Dans l'observation 9, le malade éprouvait de temps en temps de la dysurie et de l'ischurie.

Quant à ce symptôme si rare, particulier aux kystes hydatiques et connu sous le nom de frémissement hydatique, il est inutile de dire qu'il manque presque constamment.

Seul, Viertel, dans le cas qui lui est personnel, paraît l'avoir constaté ; encore n'en parle-t-il que comme d'un frémissement vague. Ce n'est donc pas un signe sur lequel il faudra compter pour éclairer le diagnostic.

La marche de l'affection est lente et sa durée fort longue. Si l'on s'en rapporte, en effet, à la date du début probable des accidents, on voit que la maladie peut durer 13 et même 19 ans (Obs. 9 et 2).

Presque toujours la mort est survenue au milieu de phénomènes hectiques ou septicémiques développés quelquefois spontanément, mais beaucoup plus souvent à la suite d'une intervention opératoire : ponction exploratrice, incision évacuatrice, drainage, etc.

DIAGNOSTIC DES TUMEURS OSSEUSES DU BASSIN.

Il sera ordinairement assez facile d'arriver à reconnaître qu'une tumeur située à l'intérieur ou à l'extérieur du bassin a son point de départ dans les os qui le constituent. Aussi, nous ne nous arrêterons pas à exposer et à discuter les signes qui peuvent différencier une semblable tumeur d'un kyste de l'ovaire, d'un myôme utérin, d'une tumeur stercorale, d'une hypertrophie de la prostate, d'un calcul de la vessie, etc. Chacune de ces affections possède généralement un ensemble de symptômes assez caractéristique pour que l'erreur ne soit pas possible, ou, du moins, pas longtemps possible.

Les tumeurs ganglionnaires chroniques de la fosse liaque pourraient, à la rigueur, causer quelque embarras. Mais on se rappellera que, en outre de la forme mamelonnée, de la consistance inégale, élastique ou fluctuante, qui sont le propre de ce genre de tumeurs, on se rappellera, dis-je, qu'elles sont presque toujours consécutives à des lésions du testicule, de la vessie ou du corps de l'utérus, qu'elles sont, en un mot, presque toujours des adénites cancéreuses. C'est donc du côté des organes que nous venons de citer qu'il faudra faire avant tout porter son examen (1). L'ossification du psoas-iliaque, tel que

(1) Il faut songer aussi aux adénites iliaques d'origine strumeuse qui viennent d'être décrites par notre collègue Castex (Thèse Paris, 1880).

Legros en a présenté un cas à la société anatomique (1) se traduisant par une tumeur de l'extrémité supérieure du fémur et de la fosse iliaque interne, par du gonflement des hanches et par de la pseudo-paralysie, est trop exceptionnelle pour qu'on puisse la faire entrer sérieusement en ligne de compte.

Parmi les tumeurs que nous avons fait rentrer dans notre cadre de tumeurs osseuses du bassin, il en est une dont le diagnostic est facile dans presque tous les cas, c'est le fibrome. Nous savons, en effet, que cette tumeur est pour ainsi dire spéciale à la femme qui a eu des enfants ; qu'elle offre une consistance particulière et uniforme, élastique ; qu'elle a une forme arrondie et une surface lisse, avec conservation de la coloration normale et de la mobilité de la peau ; qu'elle est ordinairement indolente, que sa marche est très lente, et qu'elle n'altère pas l'état général. Ajoutons à cela qu'on peut toujours, en déprimant fortement la paroi abdominale, passer l'extrémité des doigts et la main sous sa face profonde ; disons encore que quelquefois, on la voit suivre la paroi abdominale dans les grandes inspirations (Bodin). Enfin, il ne faut pas oublier que dans certains cas exceptionnels, la tumeur peut provenir du sacrum, du pubis ou de l'ischion, mais qu'elle conserve, néanmoins, les caractères de forme et de consistance que nous avons précédemment signalés.

Nous avons hâte d'arriver à l'étude vraiment importante du diagnostic de l'ostéosarcome, de l'exostose, de l'enchondrome et des kystes hydatiques.

Avant d'aborder cette étude, récapitulons rapidement les renseignements que peuvent donner la connaissance des

(1) Legros. Bull. de la Société anatom., 1862, p. 400.

antécédents du malade, les commémoratifs et les différents modes d'investigation que nous avons à notre disposition.

1° Les *antécédents héréditaires* ont une grande valeur quand ils existent, mais nous avons vu qu'ils sont d'une rareté extrême.

Quant aux *antécédents personnels* nous croyons qu'il faut attacher peu d'importance au rachitisme, à la scrofule, au rhumatisme ; la syphilis, au contraire, devra être soigneusement recherchée, et être mise en cause (provisoirement tout au moins), quand on aura affaire à certaines periostoses de l'os iliaque.

Mais le plus important des antécédents est certainement la *grossesse*. Nous avons acquis la conviction qu'elle jouait un rôle capital dans l'étiologie de l'ostéosarcome du bassin.

2° Les *commémoratifs* ne doivent pas être négligés. Il faut rechercher s'il y a eu un traumatisme antérieur, une fracture du bassin, une bosse sanguine, etc.; si le malade souffre depuis longtemps de douleurs sciatiques ou rhumatismales ; si la tumeur a marché ou non avec rapidité etc...

3° Les *moyens d'investigation* qu'on doit mettre en usage sont : la palpation, le toucher rectal, le toucher vaginal et quelquefois le cathétérisme.

La *palpation* nous renseigne sur la forme de la tumeur, ses rapports, sa mobilité, et enfin sur sa consistance ; elle nous permet de constater deux signes importants : les battements artériels et la crépitation parcheminée.

Comme procédé accessoire ou complémentaire de la palpation, nous citerons l'introduction dans l'intérieur de la tumeur d'une fine aiguille métallique ; le plus ou moins de résistance qu'elle éprouve à traverser les tissus morbides a permis à Colson (de Noyon) de faire le diagnostic d'enchondrome et à Ollier, celui d'ostéosarcome.

Le *toucher rectal et le toucher vaginal* fournissent deux ordres de renseignements ; les uns (qu'on pourrait appeler négatifs) font reconnaître l'existence d'une affection de l'un des organes du petit bassin, qu'on avait prise d'abord pour une tumeur osseuse ; les autres (qu'on pourrait appeler positifs) ont trait au point d'implantation de la tumeur, à sa consistance, aux compressions qu'elle détermine, etc...

Notons toutefois que cet examen, qui doit être fait dans tous les cas, restera souvent infructueux, même alors que l'on aura constaté par la palpation l'existence d'une volumineuse tumeur intra-pelvienne : cela tient à ce que le doigt ne peut guère explorer que la face postérieure du pubis, le coccyx et la pointe du sacrum, et la partie la plus inferieure de l'excavation.

Enfin le *cathétérisme*, dans le cas où il y a troubles de la miction ou rétention d'urine, fera voir que l'obstacle réside dans une tumeur qui dévie et comprime le canal de l'urèthre.

En rassemblant, en comparant les divers éléments que nous procure un examen méthodique, nous croyons qu'on pourra, dans la grande majorité des cas, arriver à un diagnostic positif.

Si on a affaire à une tumeur dure, de consistance osseuse et partout égale, grossièrement lobulée, la question se pose entre un *exostose* et un enchondrome. L'une et l'autre de ces tumeurs, en effet, affecte le même siège, c'est-à-dire qu'on les trouve ordinairement aux extrémités du diamètre antéro-postérieur, à la région ischio-pubienne et à la région sacrée ou sacro-iliaque ; en outre, elles apparaissent insidieusement, se développent avec lenteur, sont peu douloureuses, et ne déterminent des phénomènes de compression que quand la tumeur est déjà depuis long-

temps constituée. Les points de contact sont nombreux : aussi devons-nous avouer que pendant la première période de l'évolution de ces deux sortes de tumeurs, le diagnostic différentiel est à peu près impossible.

Mais à mesure quelles augmentent de volume, les choses prennent un autre aspect. Tandis que l'exostose reste toujours semblable à elle-même, c'est-à-dire uniformément dure dans tous ses points, l'enchondrome au contraire se couvre de bosselures plus ou moins larges, plus ou moins saillantes, et dans lesquelles on constate nettement de grandes variétés de consistance : les unes sont demeurées extrêmement dures, les autres sont devenues élastiques et quelquefois fluctuantes. Dès lors, avec une semblable tumeur, l'idée d'une exostose doit être définitivement écartée.

En outre de l'enchondrome avec lequel elle peut être confondue, comme nous venons de le voir, pendant une certaine période de son évolution, l'exostose offre encore certains points de ressemblance avec les déformations du promontoire causées par le rachitisme, et les cals difformes résultant de la consolidation d'une fracture du sacrum.

Nœgele dit que « le diagnostic entre la saillie du promontoire due au rachitisme et l'exostose provenant du sacrum lui-même est si obscur que les meilleurs accoucheurs ont pris l'un pour l'autre, et même confondu l'un et l'autre avec la présentation de la tête. » Pour faire le diagnostic, il est important de considérer les antécédents et l'état général du sujet. Dans l'exostose, le malade n'a ordinairement aucun antécédent, et les dimensions du pelvis dans les autres sens sont normales, tandis que dans le rachitisme, le bassin est déformé dans tous les sens et il existe d'habitude d'autres déformations sur divers points de l'éco-

nomie, au sternum, à la clavicule, aux membres inférieurs.

Quant aux cals difformes, ils sont assez faciles à reconnaître. « En effet, outre une tumeur intra-pelvienne, tumeur dure, inégale, raboteuse à sa surface, adhérente à l'os sur lequel elle repose, refoulant le vagin du côté opposé à celui d'où elle naît, placée enfin derrière le rectum, si elle provient d'une fracture du sacrum, on trouve encore une ou plusieurs dépressions de la surface externe du bassin répondant exactement aux saillies intérieures formées par le déplacement des fragments. Enfin, les commémoratifs apprendront qu'à une époque plus ou moins éloignée la femme a été soumise à l'action d'une violence extérieure, telle que le passage d'une roue de voiture sur le bassin, un coup de pied de cheval sur la même partie, ou une chute sur le siège, toutes causes de fractures que nous retrouverons dans les observations que nous avons rapportées » (1).

L'enchondrome, avons-nous dit, présente de nombreux points de similitude avec l'exostose pendant sa première période ou période de crudité (Müller), c'est-à-dire tant qu'il est caractérisé anatomiquement par la production de tissu cartilagineux, sans vascularisation notable.

Dans sa seconde période, ou période de ramollissement, quand apparaissent à la surface de la tumeur les bosselures élastiques plus ou moins molles dont nous avons parlé, c'est au contraire à l'ostéosarcome que l'enchondrome ressemble le plus par ses caractères physiques.

Les éléments du diagnostie se tirent du siège, du mode de début, des caractères extérieurs de la tumeur, de la marche de la maladie.

(1) Lenoir. Sur la déformation du bassin par cols difformes, etc., in Arch. de médecine, 1859, t. XIII, p. 5.

Le siège habituel de l'enchondrome est, nous l'avons vu, le pubis, l'ischion, le sacrum et l'os iliaque au voisinage de l'articulation sacro-iliaque ; rarement il occupe la fosse iliaque interne et presque jamais la fosse iliaque externe. Tout au contraire, l'ostéosarcome a son siège de prédilection aux extrémités du diamètre transverse, au voisinage de la cavité cotyloïde.

L'enchondrome débute d'une façon insidieuse ; c'est souvent par hasard qu'on le découvre ; il ne donne lieu que tardivement à des phénomènes de compression ; en un mot, la première manifestation de la maladie, c'est la tumeur elle-même. Bien différent est le mode de début de l'ostéosarcome : longtemps avant qu'une tumeur quelconque fût appréciable à l'examen le plus minutieux, le malade souffrait de douleurs rhumatismales dans un des membres inférieurs, et principalement de douleurs affectant la forme d'une névralgie sciatique d'une acuité et d'une ténacité extrêmes.

Les caractères extérieurs de la tumeur, quoique possédant souvent une grande analogie dans les deux maladies, ne laissent pas que de présenter un certain nombre de traits particuliers à chacune d'elles. Aiusi les bosselures de l'enchondrome sont beaucoup plus inégales sous le double rapport du volume et de la consistance, que celles de l'ostéosarcome. On peut rencontrer et on rencontre souvent, comme nous le verrons, des ostéosarcomes qui en imposent pour des tumeurs fluctuantes, mais il n'y a que l'enchondrome qui présente sur une tumeur donnée, ces bosselures alternativement grosses et petites, alternativement dures et fluctuantes, qui constituent un caractère presque pathognomonique.

De plus, l'enchondrome prend, dans certains cas, un développement vraiment monstrueux auquel l'ostéosar-

come n'arrive jamais. Mais quel que soit son volume, c'est extérieurement à l'os qui lui a donné naissance qu'il se développe; il n'est pas envahissant. Or, ce caractère d'envahissement, l'ostéosarcome le possède au plus haut point, et nous savons que non seulement l'os primitivement atteint peut subir tout entier la dégénérescence cancéreuse, mais que les os voisins eux-mêmes sont plus ou moins profondément altérés par le néoplasme : c'est encore là un caractère distinctif entre les deux affections. Enfin, la crépitation parcheminée et surtout la crépitation osseuse (celle qu'on a comparée au bruit produit par le bris d'une çoquille d'œuf) sont spéciales à l'ostéosarcome et ne se rencontrent pas dans l'enchondrome.

Nous ne parlerons de la tension de la peau et du lacis veineux plus ou moins riche qui existe à sa surface que pour rappeler qu'il faut n'y attacher aucune valeur diagnostique et les considérer comme des phénomènes d'ordre purement mécanique ; on les observe aussi bien dans les tumeurs les plus bénignes que dans les plus malignes.

Quant aux ulcérations cutanées, nous savons qu'elles sont d'une rareté extrême; cependant on les a notées quelquefois et dans l'ostéosarcome et dans l'enchondrome ; mais loin d'être une cause d'erreur pour le diagnostic, l'ulcération, quand elle existe, peut servir à l'éclairer, car elle a des caractères bien tranchés dans les deux affections. En effet, tandis que dans l'ostéosarcome on a affaire à une ulcération à bords irréguliers, épaissis, boursoufflés, dans l'enchondrome, au contraire, on voit une ulcération assez régulièrement arrondie, avec des bords d'une minceur extrême, légèrement décollés, c'est-à-dire une ulcération produite mécaniquement par l'usure de la peau, comprimée à sa face profonde.

Un des signes différentiels les plus importants est tiré de la marche de la maladie. L'enchondrome marche moins rapidement que l'ostéosarcome, il respecte beaucoup plus longtemps l'état général, et ne donne pas lieu (si ce n'est à sa période ultimé) à cette fièvre à accès vespéraux et nocturnes qui est pour ainsi dire le propre des tumeurs sarcomateuses.

L'*ostéosarcome* présente souvent de grandes difficultés de diagnostic. Il faut l'envisager successivement dans chacune de ses trois périodes.

Au début, l'erreur commune, maintes fois commise, c'est de regarder comme étant la maladie primitive ce qui n'est qu'une manifestation initiale de l'ostéosarcome. Dans un très grand nombre d'observations, nous voyons que le malade a été pendant longtemps traité pour une sciatique ou pour une douleur rhumatismale de la hanche ou de la jambe. Est-il possible d'éviter cette erreur? Loin de nous la pensée de répondre affirmativement pour tous les cas; mais il est probable que plus d'une fois on eût découvert une tumeur dans la fosse iliaque si on se fût livré à un examen méthodique de cette région. Nous reconnaissons volontiers que pendant longtemps on est exposé à ne pas constater cette tumeur, puisque nous-même avons dit que la sciatique était souvent un symptôme avant-coureur se manifestant alors que le néoplasme était encore central et ne se traduisait par aucune tuméfaction appréciable; mais, même alors, les irradiations douloureuses au pourtour de l'enceinte pelvienne, l'acuité de la sciatique, sa persistance, l'inefficacité thérapeutique de tous les agents autres que les narcotiques, sont autant de circonstances qui imposent au clinicien le devoir de demeurer circonspect et de réserver son diagnostic.

Au moment où la tumeur apparaît, si celle-ci est diffuse
t étalée, on peut la prendre pour une hyperostose syphili-
que, erreur d'autant plus pardonnable que la douleur est
ırtout nocturne, absolument comme celle des manifesta-
ons spécifiques. Mais c'est un diagnostic qu'on devra
ɔandonner bien vite si l'on voit la tumeur augmenter de
ɔlume malgré l'administration rationnelle du traitement
ıtisyphilitique.

Si la tumeur ostéosarcomateuse présente dans tous ses
ɔints une dureté uniforme, on la distinguera de l'exostose
ır son siège, son mode de début et sa marche.

Quant au diagnostic différentiel avec l'enchondrome,
ɔus l'avons fait un peu plus haut et nous n'y reviendrons
ıs.

En résumé, l'origine osseuse d'une tumeur du bassin
ant reconnue, il sera ordinairement facile de distinguer
on a affaire à un ostéosarcome ou non. La vraie difficulté
st, dans certaines manières d'être particulières de l'ostéo-
rcome, de reconnaître qu'on se trouve réellement en pré-
nce d'un néoplasme osseux, et de ne pas prendre celui-ci
pour un abcès, ou pour une affection articulaire, ou
ur un anévrysme.

M. Verneuil (1) nous rapporte, d'après Bérend, un
emple remarquable d'erreur de diagnostic : « La hanche,
ılade depuis longtemps, était fortement fléchie ; autour
lle, existaient trois grosses tumeurs fluctuantes, qu'on
t pour des collections purulentes. On décida la résection
l'on trouva un encéphaloïde du bassin et de la hanche :
prétendus abcès étaient des masses cancéreuses ramol-
s. » (Onzième rapport sur l'Institut orthopédique de
rlin, 1863, page 26.)

1) Bulletin de la Soc. de chirurgie, 1865, p. 34.

Dans l'observation 28, nous voyons un malade de 30 ans ayant la cuisse fléchie sur le bassin, porteur d'une tumeu de la fosse iliaque interne que M. Barth prit pour un abcès Cependant M. Richet, appelé en consultation, établit l diagnostic d'encéphaloïde de l'os iliaque, en se fondan sur l'adhérence de cette tumeur à l'os, et spécialement su l'œdème dur qui entourait cet os de tous côtés et empê chait, à la région fessière, d'en sentir les contours; de plus la crête iliaque elle-même était masquée par un bourrele d'une dureté assez grande, et l'os paraissait augmenté d volume.

A l'exemple de M. le professeur Richet, il ne faut jamai négliger d'examiner minutieusement l'os autour de la col lection fluctuante; car le plus souvent on constatera ou ce épaississement de l'os, ou cette fine crépitation osseus qui permettront de poser le diagnostic avec une certitud presque absolue.

On peut encore, ainsi que l'ont fait MM. Monod et Rendu dans un cas où le diagnostic était hésitant entre un abcè et une tumeur maligne, faire une ponction exploratrice le liquide, examiné au microscope, contenait des cellule embryonnaires et fusiformes. (Rendu, communicatio orale.)

Il semble assez étrange, au premier abord, qu'un ostéo sarcome du bassin ait pu être pris pour une coxalgie o une sacro-coxalgie : les observations en font foi cependan Sans rappeler celle que nous venons de citer et où l'erreu ne fut reconnue qu'au moment où l'on pratiquait la rése tion de la hanche, il en est d'autres où le diagnostic f pendant très longtemps entouré d'obscurités; nous cit rons notamment le fait du professeur Trélat, où malg

out le soin avec lequel la malade fut examinée, l'on crut usqu'à la mort à une sacro-coxalgie.

Le meilleur moyen d'éviter l'erreur sera encore de ne as s'en tenir à la simple constatation des troubles foncionnels, et de ne pas se hâter de conclure à une coxalgie, 'après la position vicieuse de la cuisse, d'après le racourcissement réel ou apparent du membre ; il faudra reercher attentivement si au voisinage de l'articulation oxo-fémorale ou sur un point quelconque des fosses iliaues interne ou externe, il n'existe pas une altération du olume et de la consistance de l'os caractéristique de l'oséosarcome.

Nous arrivons enfin à la partie du diagnostic la plus décate, nous voulons parler du diagnostic entre le sarcome asculaire et l'anévrysme iliaque.

Théoriquement, la chose paraît assez facile. Nous lisons, n effet, dans le Traité des anévrysmes de Broca (1) : « Inépendamment des signes généraux de la maladie cancéeuse qui l'accompagnent souvent, le cancer hématode se istingue alors de l'anévrysme par des signes bien tranés. On sait que cette variété de cancer encéphaloïde doit on nom et ses caractères à des ruptures artérielles qui y roduisent des foyers sanguins, inégaux, irréguliers, et ommuniquant avec les artères. Avant l'époque où état hématode s'est manifesté, il y avait donc une tueur entièrement solide, irréductible, sans souffle et sans ulsation. Les signes propres à simuler l'anévrysme ne sont manifestés qu'ultérieurement. La tumeur de anévrysme, au contraire, est pulsatile dès le début, et n'est qu'à la longue que les dépôts fibrineux peu-

(1) Broca. Traité des anévrysmes, p. 88, 1856.

vent la rendre irréductible et y affaiblir les pulsations. Ces commémoratifs fournissent déjà un précieux élément de diagnostic. En outre, la tumeur hématode n'est jamais que très incomplètement réductible, puisqu'elle renferme toujours une masse solide considérable : le souffle, les battements ne se sentent qu'en certains points et manquent tout à fait dans d'autres. Elle ne peut donc être confondue qu'avec une tumeur anévrysmale en grande partie oblitérée par des caillots fibrineux ; mais celle-ci est fort dure. Le cancer hématode, au contraire, présente une mollesse presque fluctuante, parce que l'état hématode ne se manifeste que dans les encéphaloïdes les plus mous. »

Aussi, l'auteur que nous venons de citer conclut-il en disant : « Pour rendre cette confusion excusable, il faudrait une accumulation de circonstances insolites qu'il n'est pas possible de prévoir. »

Malheureusement, cette accumulation de circonstances insolites se rencontre fréquemment dans l'ostéosarcome iliaque. M. le professeur Le Fort s'est parfaitement rendu compte des difficultés extrêmes du diagnostic ; nous ne saurions mieux faire que de reproduire la page où il a exposé, avec plus de talent et plus d'autorité que nous n'eussions pu le faire nous-même, les hésitations que doit éprouver le chirurgien quand il se trouve en face de certaines tumeurs pulsatiles du bassin :

« Quelques signes, dit cet auteur, peuvent permettre de distinguer l'anévrysme du cancer vasculaire des os. Le bruit de souffle est plus marqué, en général, dans la tumeur vasculaire ; tel est le caractère que nous pouvons donner en théorie, sans oublier qu'un chapitre de diagnostic ne peut s'écrire qu'au lit du malade, et pour chaque cas en particulier. En effet, dans le cancer vasculaire, comme

dans l'anévrysme, le bruit de souffle manque quelquefois, les observations le prouvent, et l'on peut avoir du bruit de souffle sans anévrysme et sans tumeur des os...

« L'inégalité dans la consistance de la tumeur en ses différents points est encore un signe qui appartient plus spécialement aux tumeurs vasculaires des os; mais ce caractère se retrouvera dans les anévrysmes dont les parois sont, sur différents points, tapissées par une couche plus ou moins épaisse de caillots plus ou moins durs et solides.

« L'impulsion présente aussi quelques différences signalées par M. Hart. Dans la tumeur des os, l'impulsion est plus soudaine, accompagnée d'une sensation moins vive d'expansion, elle n'augmente pas suivant le volume de la tumeur; dans l'anévrysme, la force d'impulsion augmente et décroît suivant le volume de la tumeur. Ce signe n'est guère plus absolu que les précédents, car une grosse tumeur anévrysmale ne communiquant avec l'artère que par un orifice étroit, possèdera un mouvement de soulèvement et d'expansion moins marqué que dans une petite tumeur en communication avec l'intérieur du canal de l'artère par un orifice relativement large.

« Le diagnostic devient très difficile lorsqu'il s'agit de tumeurs profondément situées et recouvertes par une couche épaisse de muscles, comme à la cuisse ou dans la fosse iliaque externe. Quelquefois alors une exploration attentive des organes voisins, de l'abdomen, par exemple, en cas de tumeur extra pelvienne, a permis d'éviter une erreur. Richet cite l'histoire d'un malade, vu par lui en consultation avec Nélaton et Michon, et qu'on croyait atteint d'un anévrysme de la fessiere; la tumeur faisant saillie à la fesse était réductible, agitée de battements

accompagnés d'un bruit de souffle. Les consultants ayant constaté l'existence dans l'intérieur du bassin d'une tumeur non fluctuante et sans battements, crurent à un cancer vasculaire faisant saillie à travers l'échancrure sciatique.

« Hart avait vu à Saint-Georges-Hospital un cas absolument semblable. Une tumeur faisait saillie à la fesse au niveau de l'échancrure sacro-sciatique et ressemblait sous beaucoup de rapports à un anévrysme de la fessière ; on put arriver à un diagnostic exact en constatant, par le palper abdominal, que la fosse iliaque interne était le siège d'une tumeur développée dans l'os iliaque et faisait saillie à la fois au dedans et au dehors du bassin.

« Dans un cas analogue observé par Stanley, le diagnostic fut aidé par cette circonstance, qu'une partie de l'écorce de l'os iliaque s'était détachée et était comprise dans les parois de la tumeur.

« Le diagnostic peut être tellement difficile que sur un malade de Paget, portant une tumeur pulsatile de l'aine et de la fosse iliaque, on ne put préciser si on avait affaire à un anévrysme ou à une tumeur maligne. On se décida à opérer ;.... mais le bassin était rempli par une large tumeur non pulsatile qu'on crut être de nature cancéreuse. La plaie, à moitié cicatrisée, donna issue à des fongosités ; le malade mourut quelque temps après d'hémorrhagie artérielle, et l'on constata à l'autopsie qu'on avait eu affaire à un véritable anévrysme en partie rempli de caillots solidifiés » (1).

On peut rapprocher de ce dernier fait celui que rapporte M. Verneuil (2) : « Je retrouve dans mes notes d'internat

(1) Lefort. Dictionn. encycl., t. IV, p. 562 et 563.
(2) Verneuil, in Diction. encyclop., t. II, p. 295.

qu'un homme d'une forte constitution, âgé de 50 ans environ, fut reçu dans le service de Lisfranc en 1845. Le membre inférieur gauche était envahi par un œdème énorme qui remontait jusqu'à l'ombilic; le pli de l'aine et la fosse iliaque étaient occupés par une tumeur considérable, dure, immobile, qui fut prise pour un ostéosarcome du bassin. A la longue, le sommet se ramollit, et l'on pensa à un abcès; l'ouverture donna issue à une énorme quantité de caillots fibrineux et de sang altéré. Le malade mourut, épuisé par la suppuration et l'infection putride. A l'autopsie, on trouva un anévrysme de l'iliaque externe de dimension gigantesque et qui était oblitéré. L'examen le plus attentif pendant la vie n'avait pu révéler la nature du mal. »

Si nous nous sommes étendu aussi longuement sur question du diagnostic des tumeurs pulsatiles, c'est, d'une part, parce que la connaissance des erreurs commises est souvent le meilleur moyen d'en prévenir le retour; c'est, d'autre part, parce que les erreurs ont pour conséquence de pousser le chirurgien à une intervention non seulement inutile, mais funeste, et qu'on ne saurait trop, avant d'en arriver là, se mettre en garde contre elle, en s'entourant de tous les procédés d'examen propres à éclairer le diagnostic.

Peut-être pourrait-on, dans ces cas difficiles, imiter la conduite de M. Ollier : ayant enfoncé une fine aiguille d'or dans une tumeur pulsatile dont la nature lui semblait douteuse, l'aiguille pénétra facilement dans l'épaisseur de l'os coxal, ce qui permit au chirurgien de conclure que l'os était ramolli, et que, par conséquent, la tumeur examinée devait être un encéphaloïde.

Il nous reste à étudier le diagnostic des *kystes hyda-tiques.*

Presque toujours, ceux-ci se présentent sous la form
de tumeurs arrondies, assez bien circonscrites, plus o
moins nettement fluctuantes : aussi ont-ils été générale-
ment pris pour des abcês par congestion. Il y a cependan
une particularité qu'on rencontre souvent chez eux et qu
a une grande valeur diagnostique : c'est la présence d'u
rebord osseux, rugueux, friable, qui indique que l'os es
profondément altéré.

Dans les cas douteux, la ponction exploratrice ne ren
pas les services qu'on en pourrait attendre. Chaque foi
qu'elle a été faite, elle n'a jamais donné issue à ce liquid
incolore et limpide si caractéristique, mais à un liquid
purulent, de coloration variable, et quelquefois d'odeu
fétide. Une seule fois, on a trouvé, dans le liquide, des dé
bris membraneux, que l'examen microscopique a fait re
connaître comme étant assez analogues aux membrane
hydatiques. C'est dans ce même cas qu'on a cru sentir l
frémissement hydatique. Mais et la sensation de frémisse
ment et le résultat microscopique nous paraissent avoi
laissé des doutes dans l'esprit du chirurgien même qui le
a constatés ; aussi ne saurait-on y attacher une bien grand
importance.

On pourrait aussi confondre les kystes hydatiques ave
l'ostéosarcome, d'autant plus que, comme ce dernier, i
ont pour siège de prédilection la région cotyloïdienne ; o
les distinguera par la lenteur de la marche, l'absence d
douleurs vives, et l'absence de phénomènes généraux.

Nous avons essayé, dans ce chapitre, d'indiquer les rè
gles qui doivent guider le clinicien dans l'étude du dia
gnostic des tumeurs des os du bassin.

Nous n'avons pas la prétention de croire qu'elles puissent s'appliquer à tous les cas ; mais nous estimons qu'en interprétant chaque symptôme à sa juste valeur, et en tenant compte des anomalies qui se produisent forcément dans les cas particuliers, on aura les plus grandes chances d'arriver à un diagnostic positif.

PRONOSTIC DES TUMEURS OSSEUSES DU BASSIN

Le pronostic des tumeurs des os du basssin est très variable, non seulement suivant la nature de la tumeur, mais encore suivant son siège, suivant l'âge, et, dans certains cas, suivant le sexe du malade.

Il est inutile d'insister longuement sur le pronostic de chacune de ces tumeurs en particulier.

Tout le monde sait que l'*exostose* est la plus bénigne d'entre elles, qu'elle n'atteint pas ordinairement un grand volume, et qu'on la rencontre assez souvent chez des sujets (surtout chez les vieilles femmes) qui en avaient complètement méconnu l'existence. Comme elle siège fréquemment à la face postérieure du pubis, une de ses conséquences les plus graves est de pouvoir déterminer des phénomènes de rétention d'urine ; nous en avons rencontré quelques cas.

L'*enchondrome* aussi est classé parmi les tumeurs bénignes. Cependant il existe quelques faits de généralisation qui devraient peut-être modifier l'opinion ancienne à cet égard.

Pour ce qui est de l'enchondrome du bassin, en particulier, il nous faut constater que le pronostic est fâcheux toutes les fois qu'il s'agit d'un enchondrome développé dans l'intérieur de la cavité pelvienne. Ces tumeurs, en effet, après être restées un certain temps stationnaires, ont une grande tendance à subir rapidement la métamorphose kystique, à acquérir un volume des plus considérables, à déterminer, par suite, des troubles de compression dont le

plus fréquent est l'œdème ; finalement, les malades succombent en présentant ces phénomènes particuliers d'hecticité qui sont propres aux tumeurs abdominales de grande dimension.

La mort est donc la terminaison presque fatale de l'enchondrome intra-pelvien. Il n'y a d'atténuation à la fatalité du pronostic que la marche qui est ordinairement plus lente que dans les tumeurs malignes proprement dites ; encore avons-nous vu quelques observations où celle-ci avait été extrêmement rapide.

Les *kystes hydatiques* ne sont pas très graves par eux-mêmes, car leur marche est excessivement lente, et ils ne se révèlent souvent que plusieurs années après la cause occasionnelle qui leur a donné naissance ; de plus, les échinocoques n'ont pas un caractère de malignité qui leur soit propre. Mais à un certain moment, comme nous l'avons vu, ils envahissent l'articulation coxo-fémorale, ils détruisent complètement l'os iliaque qui se trouve réduit, dans sa plus grande partie, à quelques fines travées osseuses, ils font irruption dans les parties molles, sous la forme de collections fluctuantes ; le pronostic alors devient sérieux, car une intervention chirurgicale s'impose, et cette intervention tardive est souvent le point de départ d'accidents septicémiques plus ou moins rapidement mortels.

Tous les auteurs s'accordent pour constater la gravité du pronostic de l'*ostéosarcome*. Sans doute, il y a des degrés dans la gravité, selon que l'on a affaire à telle ou telle variété de tumeur sarcomateuse ; quelques-unes mêmes n'ont qu'une malignité relative (les tumeurs dites à myéloplaxes, par exemple), sans avoir pourtant la bénignité que leur attribuait Eug. Nélaton. Toutefois on peut dire que ces tumeurs, abandonnées à elles-mêmes, aboutissent tôt ou

tard, mais constamment, à une terminaison fatale. Or, cela ne doit-il pas être le cas des tumeurs ostéosarcomateuses du bassin, devant lesquelles le chirurgien est presque toujours obligé de rester impuissant ?

Le pronostic varie suivant le siège, avons-nous dit. En effet, si on se trouve en présence d'une tumeur extra-pelvienne, celle-ci sera accessible aux moyens chirurgicaux et, dans un bon nombre de cas, on pourra en débarrasser le malade. On possède des exemples assez nombreux de guérison définitive d'exostoses et d'enchondromes à la suite de l'ablation.

S'il s'agit d'un ostéosarcome ayant son point de départ dans le périoste du pubis, mais s'étant exclusivement développé au milieu des parties molles de la cuisse, rien n'empêchera de tenter l'extirpation. Dans un cas semblable, que nous a communiqué notre excellent maître, M. Th. Anger, la tumeur fut enlevée assez facilement, et le point d'implantation fut largement cautérisé au fer rouge ; malgré cela, la tumeur récidiva quelques mois après, et entraîna la mort du malade. Cet exemple nous autorise à conclure qu'il faudra toujours redouter la récidive d'un ostéosarcome, quelque peu étendu que soit son point d'implantation (dans le cas de M. Anger, il avait à peine la surface d'une pièce de 1 franc), s'il n'est pas possible d'enlever la totalité de l'os qui lui a donné naissance.

Le pronostic varie aussi suivant l'âge : l'ostéosarcome a généralement une marche plus rapide chez les jeunes sujets.

Enfin il varie suivant le sexe. Nous ne voulons pas dire par là que telle tumeur, considérée en elle-même, soit plus grave dans un sexe que dans l'autre : nous avons simplement en vue les complications et les accidents dont les tu-

neurs les plus bénignes peuvent être le point de départ uand elles affectent les jeunes femmes susceptibles d'avoir es enfants.

Si la tumeur est petite, il y aura quelques chances que 'accouchement se fasse naturellement, si les douleurs sont nergiques et si le crâne du fœtus n'est pas solidement ssifié et reste compressible comme dans le cas que rapporte Danyau dans ses leçons. Burns cite un cas de Campbell, où une exostose pelvienne avait déprimé l'os pariétal gauche au point d'amener la propulsion de l'œil. Et le Dr Rigby raconte que le professeur Otto, de Breslau, mentionne le cas d'une femme portant une exostose pelvienne, nère de quatre enfants, et dont chaque enfant avait une etite portion du crâne déprimée et non ossifiée.

Quand la tumeur est plus volumineuse, elle devient ıne cause de dystocie. Nous renvoyons, pour cette partie du ronostic, aux différents traités d'accouchements, à un xcellent mémoire de J. Lever (1), qui contient un histoique très complet de la question et est rempli de faits nous sommes étonné que ce mémoire ait échappé à M. de Soyre, qui n'y fait pas allusion), et enfin à la thèse d'agrégation de M. de Soyre (2).

(1) John Lever. On pelvic tumors obstructing parturition, in Guy's Hospital Reports, avril 1842, p. 71.

(2) De Soyre. Dans quels càs est-il indiqué de provoquer l'avortement, Thèse, 1875.

TRAITEMENT DES TUMEURS OSSEUSES DU BASSIN

Nous serons forcément bref sur le chapitre du traitement, par cette raison que l'abstention ou la mise en œuvre de simples moyens palliatifs doivent être la règl dans la classe la plus nombreuse des tumeurs osseuse du bassin, c'est-à-dire dans toutes celles qui siègent dan la cavité pelvienne.

Mais doit-on enlever toutes les tumeurs qui sont située à l'extérieur, et sont par conséquent accessibles? « Evidemment non, dit Dolbeau (1); nous dirons ce que nou avons répété plusieurs fois; il ne faut pas toucher à de tumeurs dures, indolentes, et qui n'augmentent pas d volume; il faut imiter la conduite indiquée par Cruveilhier Mais si la tumeur augmente de volume, si elle ne reste pa stationnaire, il faut intervenir afin de faire, en agissan de bonne heure, une opération plus simple que celle qu'o serait ultérieurement forcé de pratiquer pour une tumeu volumineuse. »

Regnoli et Rognetta, d'une part, et notre excellent maître, M. le professeur Duplay, d'autre part, se sont conformés à ces préceptes quand ils ont procédé à l'ablation d'un exostose de la branche ischio-pubienne qui devenait douloureuse et augmentait de volume. Dans les deux cas d'ailleurs, l'opération a été suivie d'un plein succès.

Il faut tenir la même conduite vis-à-vis des enchondromes de la branche ischio-pubienne. Dans nos observation

(1) Dolbeau. Loc. cit.

nous trouvons 5 cas dans lesquels l'ablation a été pratiquée et il s'agissait parfois de tumeurs très volumineuses, comme dans le cas de Colson (de Noyon). Or une seule fois la mort est survenue 24 heures après l'opération ; dans les quatre autres cas, au contraire, la guérison a été complète et définitive. A ces cas heureux, il faut en joindre un cinquième dû à Bottini (1); malheureusement nous n'avons pu nous procurer l'observation et nous manquons de détails sur le siège de l'enchondrome et sur la nature de l'opération. En somme, c'est une statistique très encourageante pour les chirurgiens.

Quant aux ostéosarcomes ayant leur point de départ à la surface extérieure du pelvis, nous avons déjà fait prévoir notre sentiment touchant leur cure radicale par l'extirpation ; nous estimons qu'ils récidiveront presque forcément, par suite de l'impossibilité où se trouve le chirurgien de dépasser les limites du mal. Nous avons déjà cité, à ce propos, un fait de M. Anger. Il y en a un autre, beaucoup plus concluant, dû à M. Eug. Boeckel, de Strasbourg (2). Après avoir enlevé avec la gouge un petit sarcome ostéoïde de la fosse iliaque externe, et après avoir cautérisé son point d'implantation au fer rouge, ce chirurgien vit la tumeur récidiver une première fois. Il se décida alors à pratiquer la résection de la plus grande partie de l'ilium. C'était là sans doute une opération très hardie, qui fut habilement conduite ; le chirurgien eut la satisfaction d'avoir un succès opératoire, mais non pas un succès thérapeutique, car au bout de trois mois, l'affection était en pleine récidive pour la seconde fois. Aussi, ne saurions-nous engager les chirurgiens à suivre cet exemple,

(1) Giornale del l'Academia di medicina di Torino, 1878.
(2) Th. de Weiss, 1880.

Le traitement palliatif comprend deux indications principales :

1° Si le néoplasme (et c'est surtout l'ostéosarcome que nous avons en vue), si le néoplasme s'accompagne de symptômes articulaires, de symptômes de coxalgie principalement, on pourra alléger notablement les souffrances du malade en immobilisant la jointure au moyen d'une gouttière de Bonnet ou d'un bandage approprié ; il en sera de même dans le cas de fracture spontanée de l'extrémité supérieure du fémur.

2° Si la tumeur comprend une portion kystique énorme, telle qu'on en voit dans certains enchondromes où une cavité kystique peut contenir jusqu'à 2 ou 3 litres de liquide, il se produit une tension considérable qui augmente les douleurs et précipite les phénomènes généraux ; aussi sera-t-il utile, dans ces cas particuliers, d'évacuer le contenu du kyste.

Il faut bien savoir, toutefois, que cette ponction évacuatrice n'est pas toujours inoffensive : on l'a vue plus d'une fois donner lieu à de la fièvre et à des accidents nouveaux qui reconnaissaient pour cause l'infection putride.

Mais c'est surtout dans l'ostéosarcome qu'il faut ne pratiquer les ponctions, voire même la ponction exploratrice, qu'avec une circonspection, une réserve extrêmes. Chaque fois qu'elle a été faite, nous avons vu non seulement le liquide se reproduire avec rapidité, mais les douleurs augmenter, et survenir des phénomènes généraux qui ont hâté la terminaison.

A-t-on affaire à une tumeur pulsatile? La conduite la plus sage est de s'abstenir ; non seulement la ligature d'une artère iliaque est une opération dangereuse par elle-même, mais dans le cas dont nous parlons elle est, de plus, une

pération nuisible ou inutile. En effet, si on se trouve en résence d'une tumeur réellement maligne, d'un encéphaloïde, par exemple, on ne fait qu'activer sa marche en déerminant des phénomènes d'inflammation locale; si par asard on se trouve en présence d'une tumeur relativement énigne, telle que la tumeur à myéloplaxes de Nélaton ou e la tumeur vasculaire des os de Richet, la ligature de artère a pour résultat d'amener l'affaissement de la tuneur, cela est incontestable, mais cet affaissement n'est que nomentané et, au bout de quelques semaines, on voit la umeur reprendre son volume primitif. Dans les deux cas, n a fait courir au malade tous les dangers d'une opéraion extrêmement grave, sans qu'il ait jamais chance d'en irer un avantage durable. C'est pourquoi nous condamons l'opération de la façon la plus absolue.

Quand on aura reconnu l'existence d'un kyste hydatiue, il n'y aura qu'un traitement rationnel à mettre en sage : il faudra ouvrir largement les poches kystiques et aire un drainage méthodique, et employer le pansement e Lister, ainsi qu'il fut fait dans le cas de Reczey.

Dans ce dernier cas, le malade eut trois mois de survie t ne succomba qu'à la suite d'un érysipèle et de complicaions septicémiques tardives, alors que quelques-unes des oches s'étaient déjà affaissées et presque cicatrisées; eut-être même eût-on pu espérer un succès, si l'incision vait été faite avant que les poches kystiques eussent ateint un développement aussi considérable. Quoi qu'il en oit, la méthode nous paraît préférable à celle des simples onctions qui ont toujours amené rapidement la mort, en léterminant des symptômes de septicémie aiguë ou d'hecicité.

OBSERVATIONS D'OSTÉOSARCOMES

Obs. I (Société anatomique, 1827). — H., 45 ans, charretier. Fosse iliaque gauche ; durée, un an.

Début par douleurs rhumatismales dans les membres inférieurs. L'extrémité supérieure des deux fémurs était dégénérée ; fracture spontanée de ces deux os. Tumeur remplissant la fosse iliaque gauche. Le muscle iliaque soulevé était en partie désorganisé.

Tumeur de même nature sur le pariétal droit. En général, les os étaient friables.

Pas d'altération des troncs nerveux.

Obs. II (Société anatomique, 1828). — Cancer de la vessie, de l'urèthre, du vagin et du col de l'utérus propagé aux os qui forment le pubis.

Le cancer osseux n'a pas donné lieu à des symptômes spéciaux.

Obs. III (Ibid.). — H., 50 ans, cuisinier. Os iliaque gauche ; durée, six ans.

Début subit par des douleurs vives dans la région lombaire ; fut traité pour une sciatique. Plus tard, constipation et œdème du membre.

Muscles et nerfs dégénérés.

Obs. IV (Société anatomique, 1833). — H., 45 ans. Os iliaque gauche ; durée, trois ans.

Tombe de sa hauteur sur le grand trochanter gauche. Au bout de trois ou quatre mois, symptômes de coxalgie.

Dans les derniers temps, infiltration générale et surtout du membre abdominal gauche ; teint cachectique ; diarrhée.

L'os iliaque gauche était détruit et remplacé par une masse encéphaloïde mollasse, fluctuante. La tête du fémur était remontée et comme accrochée derrière le pubis : le col et la tête étaient tout déformés et à moitié détruits.

Même tumeur dans le rein.

Obs. V (Société anatomique, 1839). — F., 30 ans. Os iliaque droit consécutif à un cancer de l'utérus.

Obs. VI (Ibid., 1839). — H., 68 ans. Os iliaque droit. Durée, un an. Début par douleurs dans la marche revenant d'une façon intermittente, et présentant un caractère lancinant.

Muscles amincis, étalés, décolorés.

Nerf sciatique comprimé.

Articulation coxo-fémorale : ligament rond, presque entièrement détruit; le cartilage de la cavité cotyloïde est sain ; il est détruit en partie sur la tête fémorale.

Obs. VII (Société anatomique, 1841). — F., 43 ans. Os iliaque droit Durée, trois ans.

Pendant trois ans, fut traitée pour une sciatique.

A la fin de la vie, œdème du membre inférieur droit et diarrhée.

Les artères et les nerfs du plexus lombaire sont comprimés. On trouva un caillot perméable dans la veine iliaque externe; la saphène interne était oblitérée par un caillot dans une grande étendue.

Obs. VIII (Société anatomique, 1847). — F., 56 ans. Os iliaque gauche. Symptômes de sciatique. Fracture spontanée du fémur gauche. Généralisation cancéreuse : poumons, pancréas, crâne, os, etc.

Obs. IX (Société anatomique, 1852). — H., 51 ans, capitaine de cavalerie. Os iliaque gauche. Durée, deux ans.

Tumeur sarcomateuse de la fosse iliaque gauche coexistant avec un cancer du fémur du côté opposé.

Mort avec un œdème considérable du membre inférieur gauche et les signes de cachexie.

Obs. X (Société anatomique, 1850). — F., 24 ans. Os iliaques et sacrum. Durée, dix mois. Apparition de la tumeur peu de temps après accouchement. Cachexie rapide.

La principale tumeur occupe le sacrum ; une tumeur dans les deux fosses iliaques internes ; une autre tumeur sur le fémur gauche. Rien dans les viscères.

Obs. XI (Stanley, Medico-chirurgical transactions, 1845, t. XXVIII, 308). — F., Os iliaque droit. Tumeur pulsatile (encéphaloïde) de os iliaque droit. Ligature de l'iliaque externe. Mort cinq mois après opération.

Obs. XII (Ibid., p. 318). — H., 42 ans, sommelier. Os iliaque gauche. Tumeur pulsatile (encéphaloïde). Ligature de l'artère iliaque.

Il y avait depuis dix ans une tumeur de même nature à l'humérus.

Obs. XIII (John Adams, Lancet, 1852, t. I, p. 9). — H., 18 ans. Os iliaque droit. Contusion quatre ans auparavant à la partie postérieure de l'ilium droit ; boita pendant deux mois. Trente mois après cet accident, fut pris subitement, en jouant, d'une douleur très-vive exactement au point où il avait reçu un coup précédemment. Bientôt après apparition d'une tumeur qui grossit très vite et atteignit le volume du tronc d'un adulte.

Scrotum et jambe œdématiés. De grosses veines se ramifient à la surface de cette énorme tumeur. On voit aussi sous la peau des vaisseaux de la grosseur d'une plume de corbeau, remplis d'un liquide transparent. qui ne sont autres que des lymphatiques hypertrophiés.

Obs. XIX (Lawrenee, Lancet, 1852, in t. II, p. 10). — H., 23 ans. Os iliaque gauche. Encéphaloïde du fémur ayant débuté près du grand trochanter et ayant envahit l'ilium.

Premier symptôme : douleur subite dans le genou en courant.

Douleurs très vives.

Obs. XV (Huguier, in Bulletin de la Société de chirurgie 1852, t. III, p. 263). — F., 35 ans. Os iliaque droit. Dans le cours de sa troisième grossesse, éprouva des douleurs dans la fesse droite, et elle y sentit une tumeur qui avait le volume d'un œuf. Après l'accouchement, douleurs plus vives et plus fréquentes, lancinantes ; la tumeur, jusqu'alors stationnaire, s'accroît rapidement.

Peau normale. Pas de battements ; mais la tumeur est soulevée par des battements isochrones aux pulsations artérielles ; à l'auscultation, battements faibles, confus et éloignés. La ponction exploratrice ne donne que du sang.

Obs. XVI (R. Shekelton, in Edinburgh medic. and surgic. Journal, 1853, et Arch. de médecine, 1853, t, I, p. 732). — F. Sacrum. Durée, six ans. Cinq accouchements précédents gênés par la tumeur ; au sixième on trouve qu'elle remplit en partie le bassin. Mort après embryotomie.

Une partie de la face antérieure du sacrum était détruite, et la tumeur s'était étendue dans le canal au devant de la queue de cheval.

Obs. XVII (Fergusson, in Lancet, 1854, t. II, p. 379 et 397). — H., 56 ans. Os iliaque gauche. Durée, deux ans. Douleur d'abord légère dans la fesse gauche, augmentant graduellement. Au bout de quatre mois, apparition au point douloureux d'une tumeur qui avait alors le volume de la phalangette du pouce et qui présentait des pulsations bien nettes ; depuis lors a toujours augmenté.

Est envoyé comme atteint d'anévrysme de la fessière.

Fracture spontanée de la cuisse.

Tumeurs analogues dans les poumons et les reins.

Obs. XVIII (Société anatomique, 1856). — H., 25 ans. Os iliaque droit. Durée, huit mois. Contusion de la hanche droite par chute de cheval. Au bout de quatre mois douleur dans le genou, puis dans tout le membre inférieur et apparition d'un œdème. Cachexie rapide.

L'altération s'étend à la partie supérieure du sacrum, aux deux dernières vertèbres lombaires et à l'arrière-fond de la cavité cotyloïde.

Obs. XIX (Société anatomique, 1857). — H., 18 ans, cordonnier. Os iliaque droit et sacrum. Durée, quatre mois.

Douleur dans la hanche droite en marchant.

Généralisation viscérale.

Obs. XX (Ibid.). — H., 19 ans. Os iliaque gauche. Durée, trois mois.

Douleur dans l'aine du côté gauche ; tuméfaction de cette région ; mouvements du membre gênés. Fièvre continue avec exacerbation le soir.

Quelques noyaux dans les côtes et la colonne vertébrale.

Obs. XXI (Ibid.). — H., 52 ans. Os iliaque droit. Durée, un an. Mouvement d'adduction gêné par une tumeur venant poindre dans le pli fémoro-crotal. Quelques ganglions inguinaux sont engorgés et ont acquis le volume d'une amande. Tumeur indolente, même à la pression.

Absence de douleurs suivant le trajet des nerfs.

Impossibilité de faire le cathétérisme par suite de la déviation du canal.

Obs. XXII (Société anatomique, 1860). — F., 49 ans. Os iliaque droit. Durée, quatre ans. Sciatique pendant longtemps. A la fin, déformation considérable de la hanche, mouvements anormaux de la tête du fémur s'accompagnant de craquements et produisant des douleurs très-vives.

La cavité cotyloïde avait complètement disparu, et la tête du fémur venait faire saillie dans l'intérieur du bassin. La synoviale articulaire était conservée et avait, pour ainsi dire, protégé l'extrémité fémorale. Noyaux dans les vertèbres lombaires et sacrées.

Obs. XXIII (Société anatomique, 1861). — H., 61 ans. Os iliaque Durée, dix-huit mois.

Douleurs dans la partie supérieure de la cuisse gauche ; membre inférieur très œdématié.

Mêmes tumeurs au fémur gauche, à l'ilium droit, dans les vertèbres et au crâne. Rien dans les viscères.

Obs. XXIV (Mémoires et comptes rendus de la Société des sciences médicales de Lyon, 1865-66). — H., Os iliaque droit. Durée, un an.

Chute sur les reins. Six mois après, douleurs sciatiques et sensation de battements au niveau de la grande échancrure sciatique. Plus tard, tumeur douloureuse, animée de battements énergiques.

Œdème de tout le membre ; cachexie.

Tumeur myéloïde.

Obs. XXV (Société anatomique, 1866). — F., 10 ans. Os iliaque droit. Durée, six mois,

Début par des symptômes de coxalgie commençante. Plus tard tumeur. Œdème, cachexie, eschare au sacrum.

La tumeur s'étendait sur le fémur, le sacrum et la colonne lombaire.

Veine cave inférieure oblitérée par un caillot volumineux.

Tumeur dans le foie et les poumons.

Obs. XXVI (Ibid.).H., 18 ans. Durée, six mois.

Au début, symptômes de coxalgie. Plus tard tumeur dans la fosse iliaque, douleurs lancinantes, œdème des membres.

Obs. XXVII (Ibid.). — H., 45 ans. Avait aussi des symptômes de coxalgie.

Obs. XXVIII (Soc. anatom., 1867). — H., 30 ans, forgeron. Os iliaque gauche. Durée, un an. Douleurs vagues dans e ventre, dans le côté ; puis flexion de la jambe sur la cuisse et de la cuisse sur le bassin. Tumeur fluctuante dans la fosse iliaque. Œdème. Pas de douleurs vives. M. Richet diagnostique un encéphaloïde de l'os iliaque.

Mort huit jours après la ponction.

Noyaux cancéreux dans les muscles voisins.

Généralisation viscérale.

Obs. XXIX (Ibid.). — H., 41 ans. Os iliaque gauche. Durée, un an. Début par douleur obtuse dans l'aine et dans la hanche s'exaspérant par la marche et la pression. Plus tard, phénomènes de coxalgie.

Développement considérable de la rate. Œdème du membre; cachexie; diarrhée.

Quelques ganglions sont dégénérés.

Infarctus dans la rate.

Obs. XXX (Soc. anat., 1872). — F., 33 ans. Os iliaque droit. Durée, un an. Consécutivement à un squirrhe atrophique du sein. Le premier symptôme a été la sciatique.

Cancer de l'os iliaque droit, du sacrum et des côtes.

M. Verneuil ait remarquer que la coexistence d'une sciatique tenace avec une tumeur du sein lui a paru constituer une contre-indication à l'opération.

Obs. XXXI (Lancet, 1872, t. II, p. 742.). — F., 40 ans. Os iliaque gauche. Durée, six mois.

Phénomènes obscurs d'affaiblissement général pendant six mois. Puis douleur derrière la hanche gauche, insomnie; œdème douloureux. Sensibilité exagérée le long du sciatique; les pulsations de l'artère fémorale sont beaucoup moins fortes qu'à droite; miction difficile.

Les vaisseaux iliaques gauches et l'uretère gauche étaient englobés dans la tumeur; l'uretère était complètement imperméable.

Obs. XXXII (Soc. anatom., 1873). — F., 67 ans. Os iliaque droit. Durée, six mois.

Symptômes vagues au début, puis douleur assez vive au niveau de l'articulation sacro-iliaque droite où l'on découvre une tuméfaction assez étendue. Cachexie. Fracture spontanée du col du fémur droit.

Le sacrum est envahi; l'articulation sacro-iliaque est détruite.

Le tiers supérieur du fémur est envahi; l'articulation coxo-fémorale est intacte.

Généralisation carcinomateuse dans les viscères.

Obs. XXXIII (Soc. anatom., 1874). — F., Os iliaque droit. Durée, huit mois. Avait les symptômes d'une arthrite de la hanche; fluctuation profonde.

L'extrémité supérieure du fémur est envahie, ainsi que la troisième vertèbre lombaire et une côte. Noyaux dans les reins.

Obs. XXXIV (Soc. anatom., 1874). — F., 47 ans. Sacrum. Cancer du sacrum consécutif à un cancer de la paroi vaginale. Il y avait aussi une masse cancéreuse dans le sternum. Généralisation portant sur différents organes splanchniques.

Obs. XXXV (Ibid.). — H., 57 ans. Os iliaque gauche. Durée, quatre mois Début par sciatique qui dura six semaines, puis gonflement œdémateux de tout le membre. Etat général grave.

Noyaux cancéreux dans le sacrum et dans quelques vertèbres lombaires et dorsales.

Obs XXXVI (Arch. de médecine, 1874). — H., 59 ans. Os iliaque gauche. Durée, quatre mois. Consécutif à un cancer des ganglions iliaques.

Obs. XXXVII (Revue mensuelle de médecine et de chirurgie, 1878, p. 102). — F., 28 ans. Os iliaque droit. Durée, six mois.

Prise, à la fin d'une grossesse, de douleurs dans la jambe droite, qui deviennent de plus en plus vives après l'accouchement.

Température locale supérieure de 1° à celle du côté sain.

Dépôts secondaires dans les poumons et dans les reins.

Obs. XXXVIII (Lancet, 1878, t. II, p. 649). — F., 35 ans. Os iliaque droit. Durée, six mois. Dix enfants. Pendant sa dixième grossesse fut prise de douleurs dans les reins et dans le membre inférieur droit; les douleurs devinrent plus vives après l'accouchement. Fièvre. Présenta bientôt les symptômes d'une carie de la symphyse sacro-iliaque ; mouvements de flexion et d'extension de la cuisse peu douloureux, mais douleur très aiguë quand on essayait de faire mouvoir l'os iliaque droit. Plus tard, œdème de tout le membre et paralysie.

Cancer de l'os iliaque droit, du sacrum et de quelques vertèbres lombaires.

Obs. XXXIX. — *Large sarcome de l'os iliaque gauche, thrombose sarcomateuse de la veine iliaque primitive et de la veine iliaque externe; embolies sarcomateuses dans le ventricule droit du cœur et dans le poumon droit; dépôt secondaire dans le poumon, pneumonie, pneumo-thorax; melæna*, par le Dr Fussell (in The Lancet, 7 février 1880).

J. M..., âgé de 33 ans, fut admis le 5 février 1879.

Homme marié, jardinier. Depuis neuf mois il souffrait dans la hanche gauche d'une douleur qui avait été traitée pour une sciatique. Il avait eu trois attaques successives de frisson. Une semaine ou deux avant son entrée, il remarqua pour la première fois une sorte de gonflement à la hanche gauche et devint incapable de se servir de son membre. Jamais de rhumatisme; bonne santé habituelle. Pas d'antécédents cancéreux dans la famille.

A son entrée, il était pâle et d'apparence chétive, ayant beaucoup maigri, disait-il, pendant sa maladie ; le facies exprimait l'anxiété. Il accusait une douleur pongitive occupant la partie postérieure du membre, depuis la hanche jusqu'au pied, et l'empêchant de dormir. Le pied, la jambe et la cuisse gauches étaient œdémateux, et on trouvait sur la face externe de l'os de la hanche une tuméfaction étendue, indurée et douloureuse. Dans la fosse iliaque correspondante, il y avait la même tension et la même plénitude ; pas d'engorgement ganglionnaire ; constipation, miction difficile ; langue sèche ; pouls petit et misérable, 96. Le malade fut mis au lit et on lui administra des injections hypodermiques de morphine contre la douleur, et de l'huile de castoréum contre la constipation. La tuméfaction continua à s'accroître et devint considérable ; l'amaigrissement fit des progrès. Entre temps, au bout de deux ou trois semaines, apparurent à droite les signes d'une pleurésie et d'une pneumonie, suivies d'une prostration et d'un affaiblissement très marqués. Finalement, le 3 mars, des symptômes de pneumothorax se montrèrent dans le même côté de la poitrine, et à peu près en même temps il y eut des garde-robes sanguinolentes. Mort le 5 mars, un mois après l'admission à l'hôpital.

Autopsie (résumée). — La tumeur de la hanche n'était pas très saillante ; elle occupait la face externe de l'ilium et la fosse iliaque, et était de consistance dure. La dissection démontra qu'elle avait pris naissance sur la totalité des deux ailes de l'ilium, qu'elle était limitée à cet os, et que celui-ci était érodé, mais non perforé. A la coupe, elle se présentait sous l'aspect d'une masse blanchâtre, lardacée, dure, sauf en un petit point central où l'on remarquait une cavité à contenu sanguin. Au milieu du tissu se trouvait quantité d'éléments osseux ou calcaires. L'examen microscopique de la tumeur démontra qu'on avait affaire à un type de sarcome.... Les nerfs du voisinage étaient comprimés par la tumeur. Il en était de même de la veine ; iliaque primitive et de l'iliaque externe dont la lumière était obstruée par une masse ondulée, de surface irrégulière et d'aspect lardacé, qu'on reconnut, au microscope, être constituée par du tissu sarcomateux. Cette masse était libre dans l'intérieur du vaisseau ; les parois vasculaires n'étaient pas envahies.

Pas d'engorgement des ganglions lombaires ni des ganglions cervicaux. Côtes et cartilages costaux sains.

A l'ouverture de la poitrine, on trouve, à droite, un pyo-pneumo thorax ; le poumon en collapsus est refoulé à la partie supérieure et interne de la poitrine... La cavité pleurale est tapissée par une membrane pyogénique et contient, en outre de l'air, une ou deux pintes de pus fétide... Le lobe supérieur du poumon droit est complètement so-

lidifié, de couleur grisâtre, granuleux sur la surface de section, et laissant échapper, quand on le presse, un liquide purulent ; de place en place existent des abcès minuscules qui se réduisent sous la pression en une pulpe puriforme ; en un mot, c'est une sorte d'hépatisation grise et d'infiltration purulente.

Le lobe moyen était carnifié.....; ses branchioles étaient remplies de pus, quoique le tissu pulmonaire n'eût pas, comme dans le lobe supérieur, les caractères de la pneumonie. Sur la face postérieure de ce lobe se trouvait un petit noyau pâle et granuleux, non enkysté, mais situé au milieu du tissu pulmonaire même, et qui était évidemment un dépôt secondaire de sarcome. Le lobe inférieur un peu atélectasié, mais insufflable néanmoins, avait les apparences du tissu sain. Cependant, en arrière et en haut de ce lobe on voyait un petit orifice, une petite cavité, ressemblant au premier abord à une simple déchirure du poumon, et dont la pathogénie était obscure. Certainement il n'y avait pas de tubercule. Peut-être un processus ulcératif avait-il marché de dehors en dedans et atteint le poumon à travers la plèvre et la membrane pyogénique. En tout cas, ce petit espace communiquait avec la cavité pleurale et avait été l'origine du pneumothorax. On pourrait peut-être expliquer d'une façon plus satisfaisante la production de cette perforation pulmonaire par les lésions artérielles que nous allons signaler maintenant.

En effet, en pressant le tissu pulmonaire au voisinage de l'orifice on voyait sortir des petites branches de l'artère pulmonaire une quantité de masses allongées, blanchâtres ou rouillées, analogues à des larves ; on en trouva ainsi dans les vaisseaux de tout ce lobe inférieur. Elles étaient parfaitement libres dans la lumière du vaisseau ; sur une surface de section on les faisait sortir comme des larves d'insectes, ou mieux, comme la matière sébacée d'un follicule distendu. Quelques-unes présentaient des ramifications correspondant aux branches artérielles ; beaucoup étaient tubulées et avaient à leur centre un canal minuscule. Leur surface était irrégulière, variqueuse. Tout d'abord on crut que c'étaient des dépôts fibrineux, mais l'examen microscopique démontra qu'il s'agissait d'emboli de tissu sarcomateux ayant une structure analogue à celui que nous avons mentionné dans la veine iliaque gauche, et analogue aussi au tissu de la tumeur de la hanche.

Au poumon gauche, congestion au sommet et pneumonie hypostatique à la base. Quelques ganglions bronchiques sont augmentés de volume.

Péricarde sain. Cœur d'aspect normal ; tissu sain. Dans le ventricule droit se trouvait un caillot d'une certaine étendue, en partie décoloré. Au centre de celui-ci existait une masse pédiculée ou poly-

›oïde, de deux pouces et demi de long, en forme de clou, avec un orps et une tête arrondie. Surface irrégulière, consistance ferme, as›ect lardacé, qui la font ressembler exactement à celles qu'on a signaées dans les branches de l'artère pulmonaire. Elle n'avait aucune conıexion avec les parois du cœur et provenait évidemment d'une em›olie partie de la veine iliaque ; l'embolie avait fini par être complètenent recouvert par des caillots sanguins, et on ne l'a aperçu que par ıasard, en examinant le caillot. Rien dans les autres cavités du cœur ıi dans l'aorte.

Les intestins étaient très pâles, et une grande quantité de sang se rouvait dans leur intérieur, mélangée aux fèces....

La partie supérieure du duodénum était congestionnée, et là se trouait une large ulcération à bords arrondis.

Rien dans les autres organes : estomac, foie, rate, pancréas, reins. Le cerveau et la moelle n'ont pas été examinés. Pas de pus dans les ırticulations. Le système osseux était sain et non envahi par la tuneur (ainsi qu'il résulte d'un examen assez superficiel).

Obs. XL. (Soc. anatom., 1881). — F., 54 ans, blanchisseuse. Os liaque droit, cancer des os du bassin consécutif à un cancer du col ıtérin.

Obs. XLI, inédite. (Personnelle.) *Ostéosarcome de l'os iliaque droit et de la colonne vertébrale.* Soudaineté du début. Accès de fièvre vespéraux et nocturnes. — Le nommé V..., Constant, âgé de 34 ans, entre le 2 mai 1878 à l'hôpital Temporaire, service de M. Grancher. Pas d'antécédents héréditaires.

Antécédents personnels : manifestations scrofuleuses légères dans son enfance, rougeole ; à 32 ans, fièvre intermittente quotidienne qui a duré près de trois mois. Depuis deux ans, santé excellente. Ni alcoolisme ni syphilis.

Le 9 octobre 1877, le malade se trouvait dans la rue quand il fut pris tout à coup d'une douleur très vive au niveau du pli fessier ; cette douleur fut si brusque et si intense qu'il tomba. Il se releva seul et put rentrer chez lui, mais avec l'aide d'une canne et en boitant. La douleur ne s'apaisa que pendant la nuit.

Le malade alla à son travail le lendemain comme de coutume, mais marchant péniblement, et la hanche étant toujours le siège d'une certaine douleur.

Pendant deux mois, la douleur resta localisée à l'épine lombaire et à la fesse. De temps en temps il y avait des exacerbations qui étaient annoncées par un frisson (3 ou 4 fois par jour) ; ces douleurs, dit le

malade, s'irradiaient jusqu'au genou et lui donnaient la sensation de l'arrachement du membre. Au bout de deux mois et demi ou trois mois, les douleurs s'irradièrent jusqu'au pied gauche ; en même temps apparurent des irradiations dans le membre inférieur droit, mais moins constantes et moins douloureuses qu'à gauche.

C'est à ce moment aussi (trois mois après le début) que se montra dans le pli inguinal droit une masse ganglionnaire indurée.

Depuis quatre mois, amaigrissement rapide, sueurs abondantes. Les douleurs sont généralement supportables ; mais le malade nous dit que vers onze heures du soir, il a une crise douloureuse accompagnée de fièvre qui est extrêmement cruelle et lui arrache des cris.

Un peu de constipation.

Le malade a été traité successivement comme atteint de sciatique, de fièvre intermittente, et de douleurs rhumatismales.

Etat actuel, 2 mai. Facies anémique et même un peu cachectique.

On ne trouve pas les points douloureux caractérisant la sciatique.

Dans l'aine gauche, ganglion engorgé du volume d'une noisette, un peu douloureux. Au-dessus du ligament de Fallope se trouve une autre masse de la grosseur d'un œuf de poule sur laquelle on arrive facilement en déprimant la paroi abdominale.

Par la palpation du ventre, on arrive sur une tumeur ayant à peu près le volume du poing et située au niveau de l'articulation sacro-iliaque gauche. Elle est douloureuse à la pression. La pression, et surtout la percussion pratiquée en arrière sur le point correspondant (au niveau de l'articulation sacro-vertébrale) déterminent également de la douleur.

Douleur au point d'émergence du sciatique. Sensation de brûlure dans le ventre.

Par le toucher rectal on n'arrive pas jusque sur la tumeur.

Rien aux poumons et au cœur.

Le soir il y a à peine de fièvre ; mais dans la nuit, au moment de la crise douloureuse, il y a ordinairement une élévation de 1 et même 2 degrés.

1er juin. La tumeur augmente notablement de volume ; elle s'étend surtout du côté de la fosse iliaque gauche.

14 juillet. L'anémie et l'amaigrissement se prononcent de jour en jour. Le malade se plaint toujours d'une sensation de brûlure dans le bas-ventre ; les crises nocturnes persistent. La tumeur a gagné en étendue du côté des deux fosses iliaques ; on la trouve facilement sans avoir besoin de déprimer l'abdomen, et elle paraît avoir 12 à 15 centim. carrés.

Le malade sort sur sa demande.

Obs. XLII, inédite (personnelle). — *Ostéosarcome de la fosse iliaque gauche.* Marche rapide.

La nommée M... (Augustine), 54 ans, lingère, est admise le 28 mai 1880 dans le service de M. le professeur Duplay, à l'hôpital Lariboisière.

Aucun antécédent héréditaire.

S'est toujours bien portée elle-même. A l'âge de 24 ans a eu à la face une éruption qui a duré une quinzaine de jours (syphilis ? ? . Cinq grossesses conduites à terme ; enfants aujourd'hui bien portants. La ménopause s'est établie à 50 ans. C'est depuis quatre ou cinq mois seulement que cette femme a commencé à souffrir. Elle éprouvait des douleurs vagues dans les reins et une sorte de fatigue particulière dans le membre inférieur gauche qui l'obligeait à s'asseoir et quelquefois même à se coucher dans la journée. Comme elle avait des pertes blanches abondantes, on fut conduit à pratiquer le toucher, et on reconnut l'existence d'un polype muqueux auquel on attribua et les douleurs et l'affaiblissement. C'est pour être débarrassée de ce polype que la malade vint trouver M. Duplay.

Un peu plus tard, en examinant de nouveau la malade, on remarqua sur le membre inférieur gauche un certain degré d'œdème qui, au dire de celle-ci, se produisait depuis quelque temps déjà quand elle se fatiguait. Explorant alors la fosse iliaque, on découvrit une tuméfaction dure et étalée, non douloureuse à la pression, que, jusqu'à plus ample informé, et en faisant quelques réserves, M. Duplay traita comme une périostose syphilitique.

Comme état général, la malade n'accuse rien, si ce n'est l'insomnie, laquelle est due moins à de vraies douleurs qu'à une sensation de gêne dans le bassin et dans le membre inférieur gauche qui fait que la malade a de la peine à se retourner dans son lit. Appétit assez bon ; un peu d'amaigrissement.

Le traitement spécifique n'apporta aucune modification à la tuméfaction iliaque qui resta à peu près stationnaire ; l'œdème diminua sous l'influence du repos ; mais la malade avait considérablement maigri quand elle partit au Vésinet, le 1er septembre.

Elle dut quitter cet établissement au bout de quinze jours à cause du retour et de l'aggravation de l'œdème, et le 4 novembre elle entra de nouveau dans le service.

Elle nous raconte alors que depuis plus d'un mois elle est en proie à des douleurs extrêmement vives qui empêchent tout sommeil. Ces douleurs ont leur siège principal sur le côté gauche du bassin, et de là elles s'irradient dans toute la longueur du membre inférieur, jusque dans le pied, sans suivre aucun trajet déterminé. Ces douleurs se montrent surtout pendant la nuit et sont occasionnées par un mouvement

quelconque ; mais elles ne paraissent pas venir sous forme de crises ni déterminer d'état fébrile.

L'œdème est peu prononcé : la malade nous dit qu'il a considérablement diminué pendant les six semaines qu'elle a passé au lit chez elle. Par contre, on voit de grosses veines développées sur la paroi abdominale, surtout dans sa moitié gauche ; la sous-tégumentaire en particulier a acquis un volume considérable.

La palpation fait découvrir dans la fosse iliaque une tumeur assez bien circonscrite, hémisphérique, ayant le volume d'une grosse pomme. Immobilité complète et indolence à la pression. Il y a des ganglions indurés dans les deux aines, mais la malade ne connaît pas la date de leur apparition.

Par le toucher vaginal, on constate que le cul-de-sac latéral gauche et une grande partie du cul-de-sac postérieur sont occupés par la tumeur dure qu'on trouve dans la fosse iliaque.

Pas de gêne de la miction ; mais, depuis quelques mois, la constipation est habituelle.

Pas de douleurs dans la fosse iliaque, ni au niveau du bassin ; mais douleurs très vives dans tout le membre inférieur, soit spontanément, soit sous l'influence du moindre mouvement.

La malade est toujours couchée sur le côté droit et tient le membre inférieur gauche dans le relâchement. Les douleurs augmentent le soir et la malade ne prend un peu de repos que grâce aux injections hypodermiques de morphine.

Tous les soirs, fièvre qui dure jusqu'au matin.

La température axillaire du soir se maintient ordinairement aux environs de 33,5, mais monte parfois jusqu'à 40° et au delà.

Amaigrissement rapide et continu. Cachexie très avancée.

La malade retourne chez elle au commencement de janvier 1881 : nous apprenons qu'elle succomba environ quinze jours après sa sortie de l'hôpital.

Obs. XLIII, inédite (due à notre ami Berthaut). Ostéosarcome du bassin ayant simulé une sacro-coxalgie. — La nommée M... (Joséphine), 16 ans, blanchisseuse, entre le 6 février 1880 dans le service de M. le professeur Trélat.

Pas d'antécédents héréditaires, ni personnels ; seulement, quelques légers engorgements ganglionnaires dans son enfance.

La maladie a débuté par des douleurs dans la hanche et, dans toute la jambe, il y a deux mois et demi environ. Diminution de l'appétit et amaigrissement rapide. Marche de plus en plus difficile et enfin impossible. Les règles n'ont pas paru depuis le début de la maladie.

La malade ne peut plus marcher depuis un mois environ. La jambe est fléchie sur la cuisse et la cuisse sur le bassin, de sorte qu'au premier abord on songe à une coxalgie. Mais par l'examen physique et fonctionnel de la hanche, on arrive vite à se convaincre que l'articulation coxo-fémorale est intacte.

Par contre, on trouve dans la région sacro-iliaque droite une tuméfaction considérable, vaguement fluctuante, limitée supérieurement par la crête iliaque correspondante, en arrière recouvrant, mais dépassant peu l'articulation sacro-iliaque ; ces limites sont très nettes. En avant et en bas, la tuméfaction se termine d'une façon un peu diffuse à 5 centimètres environ du grand trochanter. Douleur très vive au niveau de l'articulation sacro-iliaque, en arrière, ainsi qu'au niveau de la crête iliaque ; douleur, quand on veut comprimer latéralement le bassin.

Douleurs suivant le trajet du nerf sciatique, mais surtout dans le pied et la jambe ; elles empêchent la malade de dormir.

Ganglion inguinal tuméfié ; ganglions plus volumineux derrière l'arcade crurale, dans la fosse iliaque.

Diagnostic. — Sacro-coxalgie droite avec ostéite de la portion iliaque de l'os iliaque et abcès profond. Névralgie sciatique symptomatique.

C'est à ce diagnostic qu'on s'arrêta pendant toute la durée de la maladie. Il paraissait même confirmé par ce fait que la malade eut, à un certain moment, un abcès froid de la région axillaire, et une arthrite suppurée du genou gauche. Cependant, une ponction faite dans la tumeur fluctuante ne donna issue qu'à un peu de sang.

Fièvre : la température oscillait autour de 39°, mais dépassait quelquefois 40°. Douleurs très vives. Eschare au sacrum. Diarrhée. Mort dans la cachexie.

A l'*autopsie*, on trouva une tumeur rénitente située en avant de l'articulation sacro-iliaque, et envoyant un prolongement dans le bassin par l'échancrure sciatique. Le nerf sciatique se trouve en rapport avec la tumeur, mais ne paraît pas altéré.

Pus dans le genou gauche.

L'examen histologique, fait par M. Déjérine, démontra que la tumeur était un sarcome.

Obs. XLIV, inédite (personnelle). Ostéosarcome de l'os iliaque droit. Embolie cérébrale. — La nommée L... (Eugénie), 37 ans, journalière, entre le 8 décembre 1880 à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. le professeur Duplay.

Absence complète d'antécédents héréditaires ou personnels. La malade a toujours joui d'une excellente santé.

Cette femme, qui travaille ordinairement assise, fit, au mois de juil-

let dernier, une assez longue course à pied ; se trouvant fatiguée, elle s'assit pendant un quart d'heure environ sur un banc de pierre d'une promenade publique, et c'est en se relevant qu'elle ressentit, pour la première fois, de la douleur sur le côté externe de la hanche droite. Cette douleur était bien localisée à la hanche, et se manifestait par une sorte d'engourdissement très pénible et une grande difficulté à mouvoir la jambe. La malade dut rentrer chez elle en voiture, et elle continua à souffrir pendant deux ou trois jours, même étant au lit. Elle affirme positivement que, jusqu'à cette époque, elle n'avait eu aucune douleur. Elle ne remarqua pas s'il y avait du gonflement ; elle constata seulement que toute la fosse iliaque externe était douloureuse à la pression.

Après quelques jours de repos, la malade put reprendre son travail, mais en conservant une certaine gène, un peu d'engourdissement dans la hanche et quelquefois dans la jambe. Mais depuis huit semaines environ, les phénomènes douloureux ont pris un caractère particulier d'acuité. Les douleurs siègent principalement dans la jambe, depuis le genou jusqu'aux orteils ; ce sont des douleurs très vives, mordicantes, plus fréquentes la nuit que le jour, et se présentant par crises d'une durée de quatre à cinq minutes. Quand ces crises sont très fréquentes, elles paraissent s'accompagner de fièvre.

La malade n'éprouve aucun trouble de la santé générale, sauf l'insomnie ; l'appétit est resté satisfaisant ; néanmoins il y a eu un amaigrissement très notable et un peu de pâleur.

Constipation habituelle depuis deux mois ; pas de difficulté à uriner ; menstruation régulière.

On est frappé par une déformation notable du flanc droit et du bassin, se traduisant par une très grande augmentation de volume de cette région dans le sens antéro-postérieur. Le bord antéro-externe de l'os iliaque est continué, sans ligne de démarcation, par une tumeur qui envahit la fosse iliaque correspondante et produit, dans cette région, une tuméfaction très appréciable à la simple inspection. Le pli inguinal est effacé dans ses deux tiers externes et se présente sous la forme d'une dépression large, mais peu profonde, par laquelle la paroi abdominale se continue insensiblement avec la partie antérieure de la cuisse. Cet effacement du pli inguinal est d'autant plus caractéristique que le pli est très profond du côté opposé.

Si l'on essaie de délimiter à peu près exactement la tumeur constatée à première vue, on voit que : en avant elle commence au voisinage de l'épine du pubis, à deux ou trois travers de doigt de la ligne médiane, et qu'elle va en s'élargissant de plus en plus à mesure que l'on remonte vers la crête iliaque ; c'est à peine si, entre la crête iliaque et le

rebord des côtes, on peut interposer le doigt. Du côté de l'abdomen, elle envahit la fosse iliaque, comme nous l'avons dit, et arrive jusqu'à quelques travers de doigt de l'ombilic et de la ligne blanche ; à ces limites extrêmes, elle est située assez profondément et ne peut pas être délimitée avec exactitude.

En dehors et en arrière, c'est-à-dire du côté de la fosse iliaque externe, il y a également de la tuméfaction, mais elle porte sur toute la surface de l'os et ne se révèle que par l'augmentation de volume de la région, l'effacement de la dépression sus-trochantérienne, et par une sensation insolite de dureté. On sent nettement que cet état de dureté et de tension est dû non aux parties molles altérées, mais à l'os sous-jacent. L'os paraît augmenté de volume en masse, mais il n'y a pas de tumeur circonscrite.

A la pression, cette tuméfaction diffuse est régulière, lisse, rénitente, pseudo-fluctuante ; parfois aussi on sent une petite crépitation douce analogue à celle que produirait l'affaiblissement de minces trabécules osseux.

Dans sa portion intra-abdominale, la tumeur se présente sous un autre aspect : elle est irrégulièrement bosselée.

Douleur modérée à la pression.

Pas d'engorgement ganglionnaire.

Les mouvements imprimés au membre inférieur ne sont pas douloureux.

Rien au toucher vaginal.

Le 15 décembre, pendant la nuit, la malade a une crise de douleurs extrèmement vive, qui lui arracha des cris. Le lendemain matin nous constatons de la fièvre (P. 132, T. 40°) sans qu'il y ait rien dans les différents organes qui puisse l'expliquer. Le 16, au soir, nous trouvons la malade dans le coma le plus profond ; elle est aphasique et elle a une hémiplégie droite complète, portant sur le mouvement et la sensibilité.

Le 17. La malade est emmenée par sa famille ; elle succombe quelques jours après.

Obs. XLV (Thèse de Soyre, 1875, p. 113). — F., 29 ans. Sacrum. Durée, trois ans et demi.

Douleurs dans le bassin et à la région sacrée à la suite d'un premier accouchement ; ont continué pendant trois ans, et se sont fait sentir, surtout pendant la nuit, au sacrum et dans la fesse gauche.

Le volume de la tumeur parut augmenter à la suite de ponctions exploratrices : douleurs vives, fièvre, insomnie.

Consistance élastique, presque fluctuante. Peau luisante veines dilatées.

Obs. XLVI (Thèse Weiss, 1880, p. 57). — H., 33 ans, négociant. Os iliaque droit. Durée, un an. Début par sciatique. Les douleurs s'exaspèrent par la marche. Au bout de trois mois, il y avait, au-dessous du grand trochanter, un empâtement diffus qui ressemblait à une ostéite. Deux opérations successives.

Obs. XLVII (Lancet, 1852, t. I, p. 194.) — H., 52 ans. Os iliaque gauche.

Douleur dans la jambe; œdème. Battements qui ont fait prendre la tumeur pour un anévrysme de l'iliaque externe par Moure. Ligature. Mort.

La tumeur était un encéphaloïde.

Obs. XLVIII (Soc. de chirurgie, 1865, p. 34). — Encéphaloïde de l'os iliaque avec masses cancéreuses périarticulaires qui a été pris pour une coxalgie compliquée d'abcès. On s'en aperçut en faisant la résection.

Obs. XLIX. — Début par sciatique; pas de tumeur appréciable; plus tard, apparition d'une tumeur au tiers supérieur de l'humérus du même côté; atrophie des muscles du bras. Fracture spontanée du col fémoral et des deux humérus. Cachexie (actuellement dans le service de M. le Dr Périer).

Obs. L (inédite) (M. Rendu). — F., 6 mois. Os iliaque gauche. Durée, quatre mois.

Père et mère bien portants. Le grand-père maternel mort d'un cancer ulcéré de la jambe (deux ans après sa petite-fille).

L'enfant est prise en juillet 1878 d'une constipation tenace coutre laquelle échouèrent tous les remèdes internes. Au commencement de septembre, la santé générale commença à être altérée. (Vomissements, amaigrissement, ballonnement du ventre, phénomènes d'obstruction intestinale lente.)

Je constate sur la fesse gauche une tuméfaction qui déforme la hanche, et, au premier abord, ressemble à un abcès profond : mais il est facile de voir qu'il s'agit d'une tumeur osseuse. Le toucher rectal montre que la fosse iliaque est envahie, ainsi que la région sacro-coccygienne.

Vers le milieu de septembre, rétention d'urine; nécessité de sonder l'enfant; augmentation rapide du volume de la tumeur.

Au commencement d'octobre, développement sur la tumeur d'une tuméfaction mollasse avec rougeur de la peau. Quelques jours plus tard, développement de tuméfactions analogues au niveau du maxillaire et de la voûte crânienne. Mort dans le marasme vers la fin d'octobre.

Obs. LI (MM. Monod et Rendu). — F., 11 ans. Pendant sept mois sciatique avec hyperesthésie et contracture musculaire, puis tumeur fluctuante dans la fosse iliaque ressemblant à un abcès ossifluent. Ponction exploratrice : liquide foncé avec cellules sarcomateuses. Œdème. Généralisation osseuse et viscérale.

Obs. LII (M. Th. Anger). — H., 28 ans, maçon. Sarcome ayant son point d'implantation sur la branche descendante du pubis et s'étant développé dans les parties molles de la cuisse. Récidive après l'ablation et la cautérisation du point d'implantation au fer rouge.

Obs. LIII (Gaz. hebdomad., 1853, p. 460). — H., 59 ans. Os iliaque droit. Traité d'abord comme rhumatisant; puis tumeur douloureuse à l'aine.

Membre raccourci en apparence; mobilité anormale; crépitation. Fosse iliaque remplie par une tumeur volumineuse avec battements d'expansion. Bruit de souffle synchrome à la diastole artérielle, diminuant par la compression de l'artère iliaque. Frémissement cataire. Crète iliaque épaissie ; fosse iliaque externe déformée. Pas d'œdème. Santé généraleassez bonne.

Diagnostic : anévrysme des os ; ligature ; mort.

Obs. LIV (inédite, due à notre ami le Dr Merklen). — *Sarcome du sacrum.* Paraplégie douloureuse. Atrophie des membres inférieurs. Diarrhée et incontinence d'urine.

Vve R..., entrée à l'hôpital de la Pitié, service de M. le professeur Peter, le 13 juin 1881, morte le 9 décembre 1881.

Cette femme, âgée de 50 ans, est atteinte depuis plusieurs mois de douleurs névralgiques revenant par crises et siégeant dans les membres inférieurs : ces douleurs paraissent avoir leur maximum et leur point de départ dans la région sacrée. Depuis quelques semaines, ces douleurs se sont accompagnées d'un affaiblissement progressif des deux membres inférieurs avec impossibilité de les mettre dans l'extension complète. Enfin ces phénomènes qui répondent tout à fait à la para-

plégie douloureuse des cancéreux coïncident avec des troubles digestifs et urinaires qui ont réduit la malade à un état de marasme complet. Constamment constipée dans les premiers temps de sa maladie, cette femme est maintenant atteinte d'une diarrhée incoercible avec impossibilité de garder les aliments qu'elle rend au bout de très peu d'instants et d'une incontinence d'urine continuelle.

Les antécédents pathologiques de la malade se réduisent à quelques attaques de rhumatisme subaigu, l'une paraissant s'être fixée sur le genou gauche et y avoit déterminé une arthropathie d'une certaine durée, ayant laissé à sa suite une tuméfaction des extrémités osseuses avec un peu d'ankylose. Actuellement encore il existe une arthrite sterno-claviculaire gauche avec tuméfaction douloureuse des extrémités articulaires. Mais ces accidents paraissent étrangers à la maladie principale, laquelle ne peut être qu'une compression de la moelle lombaire ou de la queue de cheval.

La malade n'est plus réglée depuis plusieurs années ; elle n'accuse aucun écoulement vaginal, et le toucher permet de constater l'intégrité absolue de l'utérus.

Le rachis ne présente aucune déformation appréciable et la pression sur les apophyses épineuses ne réveille aucune douleur. Mais le simple toucher de la région sacrée vers sa partie moyenne provoque des cris, sans qu'il soit possible du reste de constater ni tuméfaction, ni déformation de la région ; par contre, le toucher rectal révèle à la partie moyenne de la face concave de l'os une saillie dure, rénitente, extrêmement douloureuse, au point que l'exploration est rendue très difficile par les plaintes et les gémissements de la malade.

Le diagnostic porté est : sarcome du sacrum avec compression de la queue de cheval.

Du 13 juin au 9 décembre, la malade reste dans ce même état, à peine soulagée par les injections sous-cutanées de morphine, qui ne calment qu'incomplètement les crises pseudo-névralgiques violentes qui reviennent surtout la nuit, paraissant occuper plus particulièrement le trajet des nerfs sciatiques ; le décubitus dorsal est impossible à cause des douleurs intenses de la région sacrée. La diarrhée est incoercible ; arrêtée momentanément par le sous-nitrate de bismuth, l'opium, l'extrait de ratanhia, etc., elle revient au bout de peu de jours sans que ces médicaments aux doses les plus élevées n'aient plus aucune action sur elle ; les lavements ne peuvent être gardés et sont rendus instantanément, sans doute à cause de la paralysie du rectum.

La malade se plaint d'une sensation de faim continuelle, avec tiraillements douloureux de l'estomac, mais dit-elle, elle ne peut rien garder, tout passe.

Enfin les membres inférieurs sont dans un état d'atrophie extrême ; il semble réellement que les masses musculaires aient complètement disparu. Les mouvements sont très limités ; il existe une contracture des muscles postérieurs de la cuisse, d'où résulte l'attitude en demi-flexion des genoux qui ne peuvent plus être redressés. La sensibilité est intacte.

La malade tombe ainsi dans le marasme, et cet état de cachexie paraît dû surtout à l'inanition résultat de la diarrhée. Les douleurs sont moins vives dans les derniers jours ; mais il y a de l'œdème des pieds et des eschares trochantériennes ce qui s'explique aisément en raison du contact incessant de l'urine et des matières fécales.

Autopsie. — Tous les organes sont sains, poumons, cœur, foie, rate et reins. Il n'existe aucune lésion de généralisation. Les lésions sont tout à fait localisées dans le sacrum. L'articulation sterno-claviculaire, siège d'une tuméfaction passagère au moment de l'entrée de la malade à l'hôpital, ne présente aucune altération.

Le petit bassin étant débarrassé des viscères qu'il contient, on voit très aisément la tuméfaction dure et résistante de la face antérieure du sacrum que l'on constatait par le toucher rectal ; le périoste à ce niveau est intact, et la tumeur est restée localisée. Néanmoins, en désarticulant le sacrum pour un examen plus approfondi, on s'aperçoit que la tumeur a envahi, mais dans une très faible mesure, l'os iliaque droit.

Le sacrum étant ouvert par sa face postérieure au moyen de deux traits de scie donnés de chaque côté de la crête sacrée, on voit que l'os tout entier est transformé en une cavité remplie d'une bouillie rougeâtre avec séquestres osseux libres, si bien qu'il est impossible de retrouver la trace du canal sacré. Une incision faite au niveau de la saillie signalée sur la face antérieure de l'os tombe dans cette même cavité. Il est donc impossible de trouver nettement le point de départ du néoplasme. Les nerfs de la queue de cheval sont eux-mêmes perdus dans cette masse informe. Il s'agissait bien, en définitive, d'une tumeur du sacrum, probablement d'un sarcome resté encapsulé, mais ayant subi les transformations kystique et hémorrhagique rendant difficile l'appréciation de sa structure primitive.

OBSERVATIONS D'EXOSTOSES

Obs. I (Regnoli et Rognetta, Gazette médicale, 1835, p. 259). — Homme de 50 ans, menuisier. Exostose du volume d'un œuf sur la

face antérieure de la branche horizontale du pubis. Survenue à la suit d'une contusion. Crampes douloureuses dans tout le membre.

Opération, guérison.

Obs. II (Kraus, in Traité de Nœgele). — Exostose de la face ant rieure du sacrum chez une femme. La tumeur est trilobée et occu une partie du bassin.

Obs. III (Kibbin, in thèse de Soyre, 1875, p. 109). — Femme de 27 ar Exostose de la concavité du sacrum.

Obs. IV (Broca, Soc. anatom., 1862). — Une exostose, grosse comi un œuf de poule, sur la face postérieure du sacrum ; une autre, pl petite, sur la face antérieure.

Obs. V, inédite. (Communiquée par M. le professeur Duplay.) Homme de 37 ans, garçon de magasin.

Il y a deux ans, ce malade s'est aperçu de la présence, sur le c droit du pubis, d'une petite tumeur du volume d'une noisette. Pas traumatisme antérieur.

La tumeur a grossi graduellement et, il y a deux mois, le malad été pris, surtout quand il est debout, de douleurs dans les testicul dans le bas-ventre, et s'irradiant dans le dos et dans les fesses.

Absence d'accidents syphilitiques et scrofuleux.

La tumeur a aujourd'hui le volume d'une mandarine. Elle est t saillante et surmontée de deux ou trois bosselures. Son point d' plantation est moins large que sa partie libre. Elle est manifestem osseuse, immobile et adhérente au squelette. Insensibilité à la pr sion ; persistance des douleurs vagues déjà notées. Pas d'autre tum semblable sur le reste du corps.

Opération : la tumeur est enlevée très facilement. Guérison aj quelques menaces d'érysipèle.

OBSERVATIONS D'ENCHONDROMES

Obs. I (Soc. anatom. 1834). — Deux tumeurs enchondromateuses sidérables qui se sont développées, l'une à la face interne, l'autre a face externe de l'os iliaque.

Obs. II (Arch. de méd., 1840, t. VIII, p. 228). — H..., 27 ans. Pubis. Durée, cinq ans. Descendait en bas jusqu'aux deux tiers de la longueur de la cuisse.

Téguments sains avec plexus de grosses veines. Les trois quarts supérieurs de la tumeur ont une consistance dure, osseuse; le quart inférieur est mou et cède à la pression.

Douleur par la marche et le séjour au lit trop prolongé.

Rien par le toucher rectal; garde-robes faciles. Miction un peu lente à cause de la déviation du canal.

Le malade avait fait une chute sur le périnée.

Opération : meurt au bout de vingt-quatre heures.

Obs. III (Arch. de méd., 1844, t. V, p. 504). — F..., 38 ans. Pubis. Chez une femme pendant sa dixième grossesse. Tumeur cartilagineuse adhérente à la face interne de la symphyse, grosse comme le poing. En partie dure et en partie rénitente. On dut faire l'embryotomie. Mort trente-six heures après.

Obs. IV (Bennet, on cancrous and cancroïds Growths. London, 1849). — H..., 45 ans. Portait un enchondrome qui datait de six mois et qui était survenu sans cause connue.

Obs. V. — Paget rapporte que dans une famille le père ayant eu un enchondrome du radius, le fils mourut d'un enchondrome du bassin.

Obs. VI (Soc. anatom., 1849). — Enchondrome occupant la partie inférieure de la colonne vertébrale lombaire et quelques vertèbres sacrées.

Obs. VII (Soc. anatom., 1848). — F..., 30 ans. Tumeur cartilagineuse du volume d'un œuf, située un peu en dehors de l'articulation sacro-iliaque droite.

Obs. VIII (Bennet, loc. cit.). — Le malade souffrait depuis quatre mois de douleurs dans les lombes et la hanche gauche, quand se montra au périnée un gonflement douloureux du volume d'une noix. Augmenta jusqu'à la mort. Durée, six mois.

Obs. IX (Flaubert, in Anat. path. de Cruveilhier, t. II). — Enorme tumeur naissant du corps et de la branche du pubis gauche, principalement de leur face antérieure.

Obs. X (Soc. de chirurgie, mars 1852). — Tumeur située au-dessous de la région inguinale droite. Consistance dure par places, fluctuation dans d'autres. Opération.

Obs. XI (A. Cooper, obs. 556). — H., 21 ans. Pubis à gauche. Durée, cinq ans.

Ablation; guérison.

Obs. XII (In Mémoire de Dolbeau). — H., 58 ans. Douleur dans le sacrum et la jambe gauche. Tumeur indolente. Œdème. Marche impossible. Conservation de l'état général. Ponction : fièvre, cachexie. Difficulté du diagnostic avec l'ostéosarcome.

Obs. XIII (Ibid). — H. Enorme tumeur qui occupait la plus grande partie des cavités pelvienne et abdominale, et partait de l'ischion gauche.

Obs. XIV. (Lancet, 27 décembre 1856). — H., 35 ans. Durée, 2 ans.

Dans les derniers mois, douleur très vive, œdème considérable; constipation permanente ; flexion de la cuisse et de la jambe. La pression sur la tumeur n'augmentait pas la douleur.

Tumeur énorme : 27 livres, 103 centimètres de circonférence.

La tumeur envoyait un prolongement dans le canal lombaire; malgré cela, il n'y avait pas de paralysie.

Obs. XV (Dolbeau). — F., 26 ans. Enchondrome consécutif à une chute. Tumeur dure, bosselée, indolente à la pression. Constipation.

Obs. XVI (Letenneur. in Dolbeau). — H., 32 ans. Chute sur la fesse droite. Douleur le jour même et apparition rapide d'une tumeur occupant le triangle inguinal droit et la fesse droite. Puis, soulèvement de la tumeur par des battements artériels ; souffle. Après avoir songé à un anévrysme faux consécutif, on crut à un encéphaloïde. Mais les battements cessèrent et les caractères de l'enchondrome devinrent plus distincts.

Œdème considérable. Mort par fièvre hectique.

Obs. XVII (Colson, in Dolbeau). — H., 48 ans. Dans l'aine droite, tumeur ayant le volume d'une tête de fœtus à terme, qui avait commencé à se développer quinze ans auparavant.

Une aignille enfoncée dans la tumeur s'arrêta bientôt sur un corps de onsistance osseuse; le diagnostic fut confirmé.

Extirpation ; guérison.

Obs. XVIII (Soc. anat. 1859). — Femme chez laquelle Dolbeau avait pratiqué l'amputation de la cuisse pour un enchondrome du tibia. Elle

succomba à l'infection purulente au bout de six semaines, et on trouva un enchondrome de l'os iliaque gauche.

Obs. XIX (Soc. anat. 1866). — H. Tumeur occupant les deux fosses iliaques interne et externe gauches avec prolongement dans le canal vertébral et un second dans la veine iliaque primitive. Pas d'œdème.

Obs. XX (Soc. anat. 1861). — F., 32 ans, blanchisseuse. Fatigue dans le membre; douleurs sourdes, mais pas d'élancements.

Tumeur volumineuse dans l'aine, se prolongeant dans la fosse iliaque interne; est sentie par le vagin. Surface bosselée; consistance inégale.

Finalement, œdème du membre, cachexie, et mort.

Noyaux cartilagineux dans les muscles voisins, dans les ganglions inguinaux, dans la veine fémorale.

Obs. XXI (Thèse François, Paris, 1876). — F., 74 ans. Pas de renseignements sur le début.

Œdème très prononcé des membres inférieurs et de l'abdomen.

Par la palpation abdominale, on sent, d'une part, une tumeur fluctuante élastique, donnant la sensation d'une poche remplie de liquide, et d'autre part une tumeur dure, irrégulière, bosselée.

Le diagnostic était : tumeur fibro-kystique multiloculaire de l'ovaire.

L'autopsie fit voir qu'il s'agissait d'un enchondrome avec une poche kystique énorme contenant une grande quantité de liquide couleur chocolat.

Obs. XXII (Marcuse, in Deutsche Ztsch. f. chirurg., VII, n°s 5 et 6, 1876; très résumée sur la traduction que nous a faite notre ami Sapelier).

F., 16 ans. Pas de traumatisme. A 12 ans, apparition d'une petite tumeur dure au milieu de la branche horizontale du pubis. S'accrut d'une façon continue; consistance uniformément dure; surface bosselée. Au bout de quatre ans, avait le volume d'une tête d'homme adulte et gênait la marche. Bonne santé générale.

Pas de troubles des organes intra-pelviens, mais n'est pas encore réglée, à 16 ans.

Peau saine. La tumeur occupe la partie supério-interne de la cuisse et gagne la tubérosité ischiatique en arrière; en dehors, elle s'étend jusque dans le voisinage de l'épine iliaque. Consistance cartilagineuse

avec quelques points présentant une consistance élastique. Adhère solidement par une base assez large aux os de la moitié droite du bassin (ischion et pubis). Sentie par le vagin et par le rectum.

Pas d'engorgement lymphatique. Pas de gêne de la circulation veineuse.

La possibilité de faire mouvoir la tumeur en dedans et en dehors, bien que dans une petite étendue seulement, rendait vraisemblable que la tumeur n'adhérait au pubis que par un pédicule; aussi on se décida pour l'opération, qui fut pratiquée le 15 juin 1876 par le professeur Lücke.

La tumeur avait son point de départ à l'union du pubis et de l'ischion, c'est-à-dire en un point qui reste cartilagineux jusqu'à l'âge de 12 ans environ.

OBSERVATIONS DE FIBROMES

Obs. I. — *Fibrome du bassin ayant déterminé une rétention d'urine* (Lancet, 1873, et Arch. de médecine, 1874, t. XIV, p. 360), par M. Smith. Résumée. — Enfant de 19 mois qui avait une rétention d'urine, et qu'on n'avait pu sonder. Je ne pus y parvenir à mon tour, et je sentis nettement que la pointe de l'instrument déviait du côté gauche de l'urèthre.

Le rectum me sembla notablement dilaté, et je sentis une masse dure entre cet organe et la vessie, mais je ne pus la déplacer. Je pensai alors qu'il serait possible que du sang se fût épanché dans les différentes tentatives de cathétérisme, ou bien qu'une pierre était fixée au niveau du col de la vessie.

A l'hôpital, on fit deux fois la ponction de la vessie et 'aspiration ; l'enfant mourut quatre jours après son entrée.

A l'autopsie, on trouva une grosse et irrégulière tumeur fibreuse interposée entre le rectum et la vessie. Elle semblait avoir pour origine le périoste du pubis et de l'ischion, s'était insinuée sous l'arcade pubienne et avait repoussé l'urèthre contre l'ischion du côté gauche. Cette masse solide avait plus de deux pouces de large.

Obs. 2. — *Fibro-myxôme du bassin* (Tillaux, Bull. de la Soc. de chirurgie, 1875, p. 884.) — Homme de 47 ans. Il y a vingt ans, s'est aperçu de l'existence, à la partie postérieure de la fosse ischio rectale droite, d'une tumeur grosse comme un œuf de poule. Elle a grossi lentement, sans provoquer de douleur, jusqu'en 1874, époque à laquelle le malade

t obligé de passer plusieurs mois à l'hôpital pour une sciatique droite. :s premiers troubles dans la défécation, troubles pour lesquels, en mme, le malade entre chez M. Tillaux, ne remontent qu'à quatre ou ıq mois.

Les matières sont aplaties et comme creusées d'une rainure méane.

Tumeur inégale, bosselée, grosse comme une tête de fœtus à terme. ι consistance est dure dans certains points, élastiques dans d'autres. ;au saine.

La tumeur est mobile, surtout à sa partie inférieure; en haut, elle mble adhérer aux parties placées profondément, soit au coccyx, soit ı sommet du sacrum. Le toucher rectal vérifie ces données. Le doigt : trouve étroitement serré; le rectum est refoulé en avant et aplati ıntre le pubis. La vessie elle même est comprimée.

La lenteur du développement, l'état général font rejeter toute idée de ımeur maligne. Un lipome ne serait ni dur ni adhérent. M. Tillaux ɔse le diagnostic de fibro-enchondrome.

Opération : guérison au bout de six semaines.

Obs. III *Fibrome de la paroi postérieure du bassin ayant mis obstacle l'accouchement. Forceps.* Mort par péritonite. (Depaul, in Bullet. de ι Société de chirurgie, 1877, p. 741). — Une énorme tumeur fibreuse :ait implantée dans les trous de conjugaison des deux dernières lomaires du côté gauche et dans le trou sacré gauche de la troisième ver- ;bre sacrée. Elle pesait 1260 grammes et avait 23 centimètres de dia- ıètre. Avait été prise pendant la vie pour une tumeur du segment de ι matrice.

Obs. IV *Fibrome du bassin* chez l'homme adhérent à la tuberosité ;chiatique (Nicaise, in Revue mensuelle, 1878, p. 761). H. de 69 ans, émiplegiqne depuis deux ans, ayant une hypertrophie considérable e la prostate et de la constipation habituelle.

Ce malade porte sous le côté droit du périnée et de la marge de l'anus ne tumeur indolente du volume d'un œuf, dont le début remonte à uatre ans.

Elle est située en dedans de la tubérosité de l'ischion, à laquelle elle emble adhérer ; la partie moyenne répond à la limite antérieure de 'anus. Elle est sous-cutanée et la peau est mobile à sa surface. La umeur elle-même présente une très grande mobilité dans le sens antéro- ɔostérieur; mais latéralement, elle est peu mobile, ce qu'il faut attri- ɔuer à son adhérence à la tubérosité ischiatique. La surface est réguière, ferme, non lobulée.

La tumeur est indolente spontanément et à la pression. Le toucher permet de constater qu'il n'y a pas de prolongement intra-pelvien; la partie supérieure de la tumeur est très près de la partie latérale de la prostate.

Il s'agit là, selon toute probabilité, d'un fibrome adhérent à la tubérosité ischiatique. Aucun traitement ne fut fait.

OBSERVATIONS DE KYSTES HYDATIQUES.

Obs. I (Soc. anatom., octobre 1837). — H... Abcès par congestion au niveau de l'épine iliaque postérieure et supérieure. Ponction ; pus fétide.

Autopsie. — Fin du canal sacré rempli d'acéphalocystes ; sacrum carié ; son canal communiquait avec l'abcès. Pas de paralysie pendant la vie.

Obs. II (Fricke, l'Expérience, 1838, nº 34). — H..., 60 ans. Chute dix-neuf ans avant. Plus tard, apparition d'une tumeur à la fesse.

Grosse tumeur au niveau de l'articulation coxo-fémorale, avec forte fluctuation, indolente à la pression, ne gênant pas la marche. Quelques douleurs spontanées dans la tumeur et profondément dans le bassin, vers le sacrum. Allongement apparent du membre, raccourcissement réel. Mort par fièvre hectique.

Le diagnostic était : abcès par congestion ayant son point de départ dans le bassin, et probablement carie de l'articulation coxo-fémorale.

Autopsie. — Poche entre les deux lames compactes de l'ilium, remplie d'un liquide semblable à la soupe aux pois et d'un grand nombre d'hydatides.

Ligament capsulaire désorganisé ; hydatides dans l'intérieur de l'articulation.

Obs. III (Rokitansky, in Viertel). — H..., 42 ans. Os des îles transormé en un sac fibreux gros comme le poing. Rempli de grosses et petites esquilles et de sacs d'échino-coques.

Obs. IV (Gurlt, ibid). La plus grande partie de l'os des îles était boursoufflée et creusée dans beaucoup de places. L'os était aussi complètement détruit de dedans en dehors. Toute la cavité était remplie de kystes hydatiques qui s'étendaient dans la cavité du bassin et dans le canal vertébral, à tel point que les cloisons étaient rompues.

Obs. V. — Un cas observé par Fischer, en 1872, mais non encore publié.

Obs. VI (Denonvilliers, Soc. anatom. 1856).— Tumeur à la partie supérieure et interne de la cuisse gauche. Grosse comme le poing, molle, indolente. Denonvilliers pensait à un abcès ou à un lipôme. Incision : pus ; on n'a pas remarqué d'hydatides. L'exploration avec le stylet n'a pu rendre compte de la cause de cet abcès. Mort trois jours après, sans cause connue.

La portion horizontale du pubis était infiltrée d'hydatides. Cavité cotyloïde perforée.

Obs. VII (Pihan, Soc. anatom., 1861).— H..., 27 ans. Contusion à la fesse par chute de cheval ; deux mois de séjour à l'hôpital ; ne se rétablit qu'incomplètement et eut bientôt la cuisse dans l'adduction et la flexion sur le bassin.

Deux ans après, fesse très tuméfiée, douloureuse à la pression, fluctuation obscure et profonde. Symptômes de coxalgie avancée. Incision : 2 litres 3/4 de pus inodore ; os dénudé senti avec le stylet. Drainage ; injections iodées ; mort par fièvre hectique.

Portion iliaque de l'os convertie en une poche hydatique. Cavité cotyloïde détruite.

Obs. VIII (Viertel, Arch. f. Klin. chir. 1875 ; traduction due à l'obligeance de mon collègue Sapelier ; résumée). — Femme de 25 ans. A 12 ans, chute violente sur la hanche droite ; en souffrit toujours un peu. Il y a deux ans, nouvelle chute sur le même côté, exacerbation des douleurs, tuméfaction de toute la hanche droite et séjour de trois semaines au lit.

Un an après, douleur vive dans la hanche en faisant un effort. Elle remarqua alors, pour la première fois, une tumeur du volume d'un œuf de pigeon, située en dehors de la symphyse pubienne, de consistance ferme, et indolente à la pression. Environ trois semaines plus tard apparition d'une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, molle, fluctuante, située un peu en dehors et au-dessous de la précédente, au voisinage de l'épine antéro-inférieure.

A l'entrée, symptômes de coxalgie.

Le tiers interne du pli inguinal est rempli par une tumeur à peu près sphérique, séparée par le ligament de Poupart, en deux moitiés à peu près égales.

Les teguments ont leur couleur et leur aspect normaux.

Tumeur fluctuante d'une façon douteuse, élastique, non douloureuse

au toucher. La tumeur paraît solidement fixée sur la branche horizontale de l'os iliaque et sur la symphyse du pubis.

Au voisinage de l'épine iliaque antéro-inférieure se trouve la seconde tumeur, sphérique, ayant 6 centimètres dans tous les sens, se terminant sans limites nettes, beaucoup plus molle que l'autre tumeur.

On peut, par la pression, arriver à faire disparaître cette seconde tumeur, et on sent alors qu'elle est limitée par un rebord osseux, irrégulier, dont les pressions peuvent détacher des parcelles. La percussion donne une vague sensation de frémissement dans la moitié supérieure de la tumeur.

Contrairement à la précédente, cette tumeur se prolonge dans la fosse iliaque où l'on sent une tumeur dont la fluctuation se transmet à celle du dehors et réciproquement.

Deux ponctions exploratrices : liquide purulent, avec débris membraneux. Le microscope y fait reconnaître des cristaux de cholestérine, des globules de pus ; les débris membraneux ont une disposition analogue aux membranes échinocoques, mais cependant douteuse.

Les jours suivants, la poche s'enflamme. Des phénomènes de résorption putride surviennent, et nécessitent de vastes incisions. Il s'échappe une grande quantité de liquide et de poches hydatiques, et le doigt sent qu'il pénètre dans une cavité osseuse où se trouvent de nombreuses esquilles. Malgré les lavages phéniqués, la septicémie se prononce : fièvre, poussées érysipélateuses, frissons, subictère, pleurésie gauche, eschare au sacrum, œdéme du membre inférieur correspondant, dû à la phlébite. La malade succomba au bout d'un mois.

La cavité cotyloïde est détruite. L'extrémité supérieure du fémur, tête et col, est également détruite.

Obs. IX. (Emerich Reczey, Deutsch zeitt. f. chirurg. 1876; traduite par Sapelier; résumée). — F. 25 ans. 4 ans avant son entrée éprouva tout-à-coup des douleurs vives au niveau de la crête iliaque droite où se montra, peu de temps après, une tumeur d'un rouge vif, douloureuse et qui, 8 jours plus tard, perdit sa rougeur et son caractère douloureux. Quelques semaines plus tard, à la fesse droite, apparition d'une tumeur de la grosseur d'une noix, qui augmenta d'une façon continue.

Deux ans plus tard, autre tumeur à la partie supérieure et externe la cuisse

A son entrée, la tumeur fessière a le volume d'une tête de fœtus ; celle qui est située à la cuisse, en avant de la région trochantérienne, a un volume double ; enfin, celle de la crête iliaque a à peu près la même grosseur et semble descendre dans le bassin.

Peau saine et mobile. Crête iliaque rugeuse et raboteuse.

Fluctuation. Chacune des deux premières tumeurs semble communiquer avec la troisième. Pas de douleur spontanément ni à la pression ; marche modérément gênée.

De temps en temps dysurie et ischurie. Rien autre chose cependant qu'un léger catarrhe utérin et vaginal ; rien dans l'urine.

Diagnostic : Abcès par congestions consécutifs à une périostite chronique de l'os iliaque.

Ponction exploratrice dans la poche de la fesse : liquidejaune trouble épais. Drain. Lavages. Bientôt après, le prétendu abcès devint sensible, et la température dépassa 40°.

Quatre jours après la ponction,en lavantla cavité, issue d'une grande quantité de kystes transparents, ayant au plus la grossseur d'un pois, et qu'on reconnut pour des vésicules hydatiques. On fit alors une large incision sur la tumeur : frissons, élévation de la température, qui tomba peu de temps après. On ouvre le kyste de la crête iliaque : mêmes accidents qui cessèrent aussi.

Un mois plus tard, eschare au sacrum, qui s'agrandit rapidement, mais s'améliora avec les pansements à l'acide salicylique.

Amélioration passagère. Les deux kystes ouverts étaient presque fermés ; mais nouveaux frissons, liquide putride, fracture spontanée du col du fémur.

La malade succomba 3 mois après la première ponction avec tous les symptômes de la fièvre hectique.

Os iliaque droit détruit ; la cavité cotyloïde n'existe plus ; la tête fémorale se trouve dans le bassin et est envahie par la lésion, qui a déterminé une fracture ; la moitié droite du sacrum est également altérée.

Kyste hydatique transformé, de la grosseur d'une pomme, dans le lobe supérieur du poumon droit.

TABLE DES MATIÈRES.

'aris. — Typ. A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, rue M.-le-Prince, 31
A. DAVY, successeur.

A LA MÊME LIBRAIRIE

CADET DE GASSICOURT, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie. — **Trai clinique des maladies de l'enfance**. T. I, *Affections du poumon et la plèvre*.—1 vol. gr. in-8 de 500 pages, avec 76 figures dans le texte. 1880. 11 T. II. *Affections du cœur, rhumatisme, chorée, fièvre*. — 1 vol. in-8 570 pages. avec 100 fig. 13
L'ouvrage sera complet en 2 volumes.

CANDELLÉ (Dr Henri), ancien interne des hôpitaux de Paris, membre de Société d'hydrologie médicale. — **Manuel pratique de médecine the male**. — 1 vol. in-8 jésus de 450 pages, cartonné diamant. 6

DELFAU (Dr Gérard), ancien interne des hôpitaux de Paris. — **Manuel co plet des maladies des voies urinaires et des organes génitaux**. 1 fort vol. in-8 de 1000 pages, avec 150 fig. dans le texte. — Cet ouvrage divisé en 6 parties, consacrées, la 1re au *Pénis*, la 2e à l'*Urèthre*, la 3e à *Vessie*, la 4 à la *Prostate*, la 5e à l'*Appareil séminal*, et la 6e aux *Reins*. 11

DUJARDIN-BEAUMETZ, membre de l'Académie de médecine, médecin l'hôpital Saint-Antoine. — **Leçons de clinique thérapeutique**, profess à l'hôpital Saint-Antoine. Recueillies par le Dr CARPENTIER-MÉRICOU Revues par l'auteur.

1re SÉRIE : *Traitement des maladies du cœur et de l'aorte, de l'estomac de l'intestin*. 2e édition. 1 vol. gr. in-8 de 800 pages, avec figures dans le te et une planche en chromolithographie. 16

2e SÉRIE : 1er *fascicule : Traitement des maladies du foie et des reins*. 1 v gr. in-8 de 250 pages. 5

— 2e *fascicule : Traitement des maladies du pouman*. 1 vol. gr. in-8. 350 pages avec 2 planches hors texte ou chromolithographie. 7

LANESSAN (J.-L. DE), professeur agrégé d'histoire naturelle à la Faculté médecine de Paris. — **Manuel d'histoire naturelle médicale (bo nique et zoologie)**. — 3 vol. in-18 jésus, formant 2,300 pages et con nant 1,750 figures dans le texte. 1879-1880. 25

PAULIER (A.-B.), ancien interne des hôpitaux de Paris. — **Manuel de thér peutique et de matière médicale**, précédé d'une préface, par le Dr DUJA DIN-BEAUMETZ. 2e édition. 1 vol in-18 de 1200 pages avec 200 figures dans texte, 1882. 12

PAULIER. — **Manuel d'hygiène publique privée** et ses applications t rapeutiques. — 1 fort vol. in-18 de 800 pages. 1879. 8

PLAYFAIR (W.-S.), professeur d'obstétrique et de gynécologie à King's lege, président de la Société obstétricale de Londres. — **Traité théoriq et pratique de l'art des accouchements**, traduit et annoté sur la 2e é tion anglaise, par le Dr VERMEIL. — 1 beau vol. gr. in-8 de 900 pages, a 200 fig. dans le texte. 1879. 15

SINETY (Dr L. DE), membre de la Société de biologie et des Sociétés anato ques et d'anthropologie de Paris. — **Manuel pratique de gynécologie des maladies des femmes**. — 1 beau vol. in-8 de 850 pages, avec 160 *originales* dans le texte. 13

VULPIAN (A.), doyen de la Faculté de médecine, membre de l'Institut e l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital de la Charité, etc., **Maladies du système nerveux**, leçons professées à la Faculté de méde de Paris. Recueillies par le Dr BOURCERET, ancien interne des hôpit Revues par le professeur. *Maladies de la moelle*. — 1 vol. gr. in-8 compa 1879. 1

VULPIAN (A.), doyen de la Faculté de médecine, etc. — **Clinique médic de l'hôpital de la Charité**, considérations cliniques et observations p Dr RAYMOND, médecin des hôpitaux. Revues par le professeur. — *Rhu tismes, maladies cutanées, scrofules, maladies du cœur, de l'aorte et artères, de l'appareil digestif, du foie, de l'appareil respiratoire, m dies générales, empoisonnements chroniques, syphilis, maladies du tème nerveux*. — 1 for vol. gr. in-8 de 958 pages. 1879. 1

Paris. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, rue Monsieur-le-Prince,
A. DAVY, successeur.